

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1918

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gabriel BRUN

Né à Milianah (Algérie), le 9 septembre 1885,
Interne des hôpitaux de Paris..

DES AVANTAGES
DE L'OPÉRATION SYSTÉMATIQUE
D'URGENCE
DANS LES APPENDICITES AIGUËS

Président : M. HARTMANN, Professeur

COULOMMIERS
IMPRIMERIE DESSAINT ET C^{ie}

—
1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1918

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gabriel BRUN

Né à Milianah (Algérie), le 9 septembre 1885,
Interne des hôpitaux de Paris.

DES AVANTAGES
DE L'OPÉRATION SYSTÉMATIQUE
D'URGENCE
DANS LES APPENDICITES AIGÜES



Président : M. HARTMANN, Professeur

COULOMMIERS
IMPRIMERIE DESSAINT ET C

—
1918

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie.	CH. RICHET
Physiologie médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	N.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	LETULLE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	N.
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.
Clinique médicale.	ROGER
Maladies des enfants	DEBOVE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	WIDAL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GILBERT
Clinique des maladies du système nerveux	CHAUFFARD
Clinique chirurgicale.	HUTINEL
Clinique ophtalmologique.	N.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GAUCHER
Clinique d'accouchements.	PIERRE MARIE
Clinique gynécologique.	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale infantile	QUENU
Clinique thérapeutique.	N.
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.	HARTMANN
	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
	POZZI
	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN
	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEU-LAVASTINE	NICLOUX	SICART
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDET

Chirurgien de l'Hôpital St-Louis.

Dans le service de qui nous avons fait notre thèse.

*En témoignage de notre affection filiale,
de notre dévouement et de toute notre
reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur TERRIER.

M. le Professeur HARTMANN.

M. le Professeur TEISSIER.

M. le Docteur BECLERE.

M. le Docteur RIST.

M. le Docteur BOUFFE DE ST-BLAISE.

M. le Docteur LAFITTE.

M. le Docteur R. PROUST.

M. le Docteur LAPOINTE.

M. le Docteur ALGLAVE.

M. le Docteur GOSSET.

M. le Docteur LECÈNE.

M. le Docteur RICARD.

M. le Docteur BAUDET.

M. le Docteur Pierre DUVAL.

M. le Docteur DEMOULIN.

M. le Docteur RIEFFEL.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

*Notre premier maître en chirurgie, qui
a bien voulu nous aider de ses con-
seils, en témoignage de notre profond
respect.*

INTRODUCTION

Dans son rapport sur la question du « traitement des appendicites aiguës » au *Congrès français de chirurgie de 1911*, M. le Professeur Hartmann émet les conclusions suivantes :

« Toutes les fois que nous nous trouvons en présence d'une appendicite aiguë chaude, lorsqu'il existe de la fièvre, de la douleur iliaque, de la défense musculaire, nous prenons immédiatement le bistouri et jusqu'ici nous n'avons pas vu un malade succomber à ces interventions précoces. Nous sommes convaincu que si nos collègues, au lieu de discuter sur les cas, de les suivre matin et soir, prêts à opérer au premier symptôme réellement alarmant, considéraient l'appendicite aiguë chaude comme une maladie à opérer immédiatement au même titre que la hernie étranglée, si cette notion pouvait pénétrer dans la masse des médecins, imbus de cette idée fausse qu'il faut être opportuniste, s'ils pratiquaient l'opération au moment réellement opportun, c'est-à-dire au moment où les lésions sont encore limitées à l'appendicite et aux parties immédiatement avoisinantes, on n'aurait plus à enregistrer une mortalité aussi considérable que celle que nous voyons encore aujourd'hui à la suite de retard apporté à l'intervention. En présence d'une appendicite qui évolue, le plus savant d'entre nous est encore incapable de prévoir ce qui va se passer.

On a cru pouvoir apprécier la gravité de l'infection en se fondant sur l'état du pouls et de la température, sur l'expression anxieuse de la face, sur l'intensité de la douleur à la pression, sur la leucocytose, sur le signe d'Arneth, etc.; tous ces symptômes n'ont, en réalité, qu'une valeur relative et trop souvent, après une accalmie temporaire, une de ces accalmies traîtresses comme l'a si bien dit Dieulafoy, on voit brusquement survenir des accidents d'une gravité extrême. La seule conclusion rationnelle, en dépit de tout ce qu'ont dit et écrit un certain nombre de

nos collègues, c'est, en présence d'une appendicite qui évolue, d'enlever immédiatement l'appendice. L'opération est alors aussi simple que celle d'une appendicite à froid, elle est à l'abri de tous les accidents. Le jour où nos collègues médecins seront convaincus de cette idée, le jour où ils feront un diagnostic rapide, suivi d'une intervention immédiate, on ne verra plus ces péritonites graves, ces accidents de suppuration prolongée, ces complications infectieuses à distance, qui aujourd'hui encore viennent assombrir dans des proportions trop considérables le pronostic de l'appendicite.

Attendre, pour intervenir, qu'il existe des accidents, pouls petit, rapide avec basse température indiquant une toxémie accentuée ou météorisme avec arrêt des gaz et des matières, révélant l'existence d'une paralysie intestinale symptomatique d'une péritonite généralisée, c'est exposer le malade à la mort.

Les discussions de la Société de Chirurgie, où les partisans de la temporisation se sont montrés nombreux, ont eu sur le public médical parisien une influence néfaste.

Nous comprendrions les hésitations si l'opération était grave, mais l'opération précoce est une intervention essentiellement bénigne et qui met à l'abri des complications secondaires. C'est avant le développement de la péritonite, ou tout au moins quand l'inflammation est encore limitée au voisinage du cæcum qu'il faut agir. Les résultats sont alors excellents comme le montre la statistique de notre service. Lorsque la pratique de l'opération précoce dans l'appendicite se sera généralisée, on verra baisser dans des proportions considérables le nombre des péritonites qui entrent actuellement dans nos hôpitaux.

Interne pendant deux ans, dans un service de chirurgie infantile, nous avons eu l'occasion d'aider à opérer et d'opérer nous-même un très grand nombre d'appendicites aiguës.

Pour notre maître, M. le docteur Baudet, les indications opératoires dans le traitement des appendicites aiguës étant identiques à celles posées par M. Hartmann, ce sont les résultats obtenus par l'application de l'intervention précoce que nous apportons dans ce travail.

Dans le service de notre maître, il est exceptionnel que l'on soumette au refroidissement une crise d'appendicite. Toute appendicite diagnostiquée est opérée dans le plus bref délai. S'il n'existe aucun signe vraiment alarmant d'appendicite aiguë en évolution, on peut attendre le lendemain pour opérer ; si on cons-

tate le moindre indice de gravité, on opère d'urgence. *Dans le doute, on ne s'abstient jamais.* Dans ces conditions la date du début de la crise n'a aucun intérêt.

Nous avons relevé, pour ces trois dernières années dans le service de M. le docteur Baudet, 356 appendicectomies pratiquées suivant cette formule; 92 d'entre elles, jugées, à leur arrivée à l'hôpital, très graves, ont été opérées d'urgence. (Nous sommes intervenu personnellement dans 56 cas; leurs observations détaillées se trouvent reproduites ci-dessous). 50 autres sont arrivées du 4^e au 10^e jour de leur crise. Il s'agissait de crises légères, caractérisées cliniquement par un peu de douleur dans la fosse iliaque droite, un vomissement, et un peu de fièvre. Dans 43 de ces cas on a trouvé à l'opération soit un appendice paraissant macroscopiquement sain, soit un appendice légèrement rouge, turgescant, œdémateux, renfermant quelquefois un calcul stercoral.

Ces cas ont été traités comme des appendicites refroidies : appendicectomie, enfouissement du moignon, fermeture de la paroi en trois plans sans drainage. Mais dans 7 autres cas on découvrit à l'intervention, un appendice énorme, souvent gangrené, quelquefois même perforé, alors qu'aucun signe clinique ne permettait de soupçonner des lésions aussi graves. Tous ces malades ont guéri.

Enfin, dans la plupart des 214 cas restants, étiquetés « appendicites à froid » venant directement de la ville, ou refroidies pendant plusieurs semaines dans les services de médecine, on a trouvé des appendices vraiment faciles à enlever; toutefois dans 57 cas on est tombé sur des appendices très adhérents aux organes voisins, difficilement décollables, ce décollement déterminant une hémorragie en nappe. L'opération fut laborieuse, et longue et non exempte de mortalité, puisque nous avons eu à déplorer deux décès.

Ces deux décès d'une part, la découverte d'appendices gangrenés et perforés alors qu'aucun symptôme clinique ne nous permettait de les déceler d'autre part, enfin la fréquence des péritonites appendiculaires et leur gravité ont fait de nous un partisan convaincu de l'opération précoce.

Les résultats obtenus ne nous ont pas déçu. Mais nous pouvions supposer que la méthode n'était applicable qu'aux enfants.

Il n'en est rien. Notre maître, M. le Professeur Hartmann a bien voulu nous permettre de recueillir dans son service 234 observations d'appendicites aiguës opérées par lui ou par ses assistants durant ces dix dernières années.

Ces 234 observations jointes aux nôtres nous donnent un total de 326 observations d'appendicites aiguës opérées d'urgence, sur l'étude desquelles est basé notre travail.

Obs. 1. — V... Georges, 5 ans et demi. Salle Ollier; entré le 15 mai; opéré le même jour. Le début de la crise remonte à la nuit du 11 au 12 mai: douleurs abdominales violentes, suivies de vomissements. Le médecin appelé le 12, fait le diagnostic d'appendicite aiguë; application de glace; diète hydrique; les vomissements cessent, mais la douleur persiste. Le 13, état stationnaire; le 14, dans la soirée les douleurs deviennent plus vives, particulièrement à droite et les vomissements réapparaissent.

Amené d'urgence à l'hôpital.

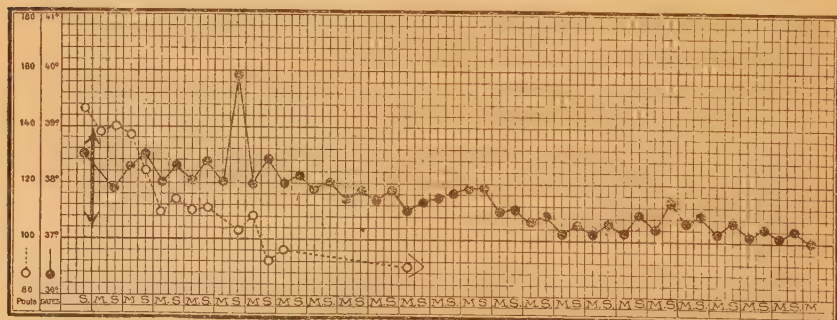
A l'entrée, *quatrième jour de la crise*: hyperesthésie abdominale généralisée, contracture dans la région hypogastrique et la fosse iliaque droite; tumeur du volume d'un œuf de poule, en dedans et au-dessus du point de Mac-Burney; température 38, pouls 114, respiration abdominale superficielle, nez froid, battements des ailes du nez, agitation.

Opération: incision près de la crête iliaque, dissociation musculaire, on tombe sur un volumineux abcès qui descend jusque dans le Douglas, cæcum et anses intestinales recouvertes de fausses membranes, appendice gangrené et perforé, appendicectomie, sans enfouissement du moignon, lavage à l'éther, un drain qui descend jusque dans le Douglas.

Le lendemain la température tombe à 37°2 et se maintient normale les jours suivants, les pansements sont faits tous les jours jusqu'au sixième jour; le drain est enlevé le cinquième jour, l'enfant sort guéri de l'hôpital vingt jours après son intervention.

Obs 2. — V... Léa, 8 ans, entre le 17 mai, opérée le quatrième jour de la crise.

Début brusque le 13 mai, douleurs abdominales généralisées, vomisse-



Graphique 1.

ments; le 14 les phénomènes s'amendent; le 15 et le 16, état stationnaire; le 17 reprise des douleurs qui sont de plus en plus vives et

s'accompagnent de vomissements. A l'entrée, contracture abdominale généralisée, avec douleurs spontanées dans la fosse iliaque droite, respiration superficielle, traits tirés, yeux cernés; température à 38°3; pouls à 140.

Opération le quatrième jour : Incision iliaque, dissociation; à l'ouverture du péritoine de l'épiploon grisâtre apparaît, au-dessous du pus fétide, le cæcum est facilement extériorisable, l'appendice très long, sain à sa base, contourné sur lui-même, a une extrémité renflée en massue, recouverte de fausses membranes sanieuses et fétides. Appendicectomie sans enfouissement, lavage à l'éther, drains dans le Douglas.

Les jours suivants, ventre un peu ballonné; le quatrième jour, évacuation alvine noirâtre, assez abondante puis la température revient à la normale, la malade sort guérie le 25^e jour.

Le pouls qui était à 140 le premier jour, avant l'opération, tombe très rapidement les jours suivants, et alors que la température reste encore élevée, continue de diminuer de fréquence, atteint 82 le cinquième jour, et se maintient les jours suivants.

Obs. 3. — Le G... Maurice, 7 ans, entré le 25 juin, opéré le jour même, quatrième jour de la crise, sorti guéri.

Début par douleurs brusques et violentes dans la fosse iliaque droite, avec vomissements; le lendemain purgation, qui n'a d'autre effet que d'augmenter les douleurs et les vomissements. Deux jours après le malade est envoyé à l'hôpital.

A l'entrée, température à 38°9, pouls à 90, bien frappé, un peu de contracture dans la fosse iliaque droite. Mauvais facies, respiration superficielle.

Opération : Incision iliaque et dissociation, à l'ouverture du péritoine, du pus jaillit, libre, on assèche avec des compresses; appendicectomie sans enfouissement; lavage à l'éther et petit drainage.

Suites opératoires excellentes. Le pouls et la température ont tendance à se rapprocher de la normale. Le malade quitte l'hôpital guéri, trois semaines après l'intervention.

Obs. 4. — S... Renée, 3 ans, entrée le 1^{er} juin, opérée le jour même.

15 jours auparavant, la malade a eu une douleur violente dans la fosse iliaque droite, avec vomissements, le médecin consulté ordonne glace sur le ventre et diète hydrique. 15 jours plus tard réapparition des douleurs avec contracture à droite et hyperesthésie de la paroi.

Opération : Mac-Burney : adhérences très nombreuses et anciennes qui empêchent l'extériorisation du cæcum, *l'appendice est rétro-cæcal*, la pointe seule apparaît, extériorisation de l'appendice difficile. Appendicectomie, lavage à l'éther et drainage.

Sortie guérie 21 jours après l'intervention.

Obs. 5. — D... René, 13 ans, entré le 24 juin, opéré le jour même, dixième jour de la crise.

Début par douleurs abdominales violentes avec vomissements, le médecin appelé met l'enfant à la diète et à la glace. Cependant les douleurs ne diminuent pas.

A l'entrée, volumineuse voussure sous-ombilicale, pouls petit, mal frappé à peine perceptible.

Opération : Incision de Mac-Burney; à l'ouverture du péritoine, on ouvre un volumineux abcès, la poche est évacuée, asséchée, *l'appendice est rétro-cæcal*, il n'en reste qu'un petit moignon, la pointe est englobée dans l'épiploon et forme une tumeur de la grosseur d'un œuf, située très haut presque sous le foie, c'est en voulant examiner le contenu de cette tumeur épiploïque que l'on découvre dans son intérieur les deux tiers de l'appendice. Lavage à l'éther, drainage. Sort guéri cinq semaines après l'intervention.

Ici encore le pouls à 150 avant l'opération, descend très rapidement, et le 3^e jour la courbe du pouls passe au-dessous de la courbe de température.

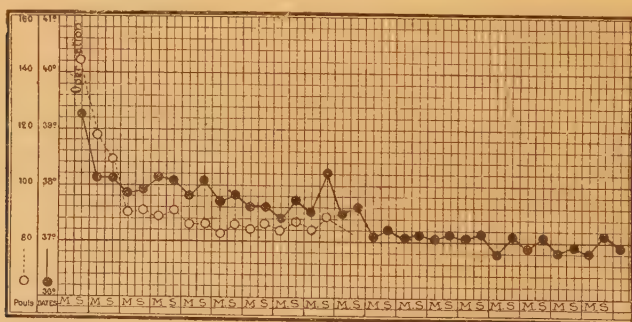
Obs. 6. — S... Georges, 13 ans, entré le 27 juin, opéré le jour même, au bout de 24 heures, sorti guéri le 20 juillet.

Reçu le 22 juin en médecine avec le diagnostic de fièvre typhoïde, température peu élevée, quelques vomissements bilieux, rien du côté du ventre qui reste souple, l'enfant quitte le service de médecine le 25 juin. Le 27 il se présente à la consultation de chirurgie, courbé en deux, avec une douleur extrêmement vive dans la fosse iliaque droite, contracture abdominale. Intervention d'urgence.

Opération : Incision iliaque, dissociation musculaire, au-dessous de l'aponévrose, les tissus sont déjà infiltrés, *appendice rétro-cæcal* très haut situé, gangrené et perforé; appendicectomie sans enfouissement du moignon; lavage à l'éther. Suites opératoires excellentes; l'enfant sort guéri le 21^e jour.

Obs. 7. — J... René, 13 ans, entré le 28 juin, opéré le jour même, troisième jour de sa crise, sort guéri le 20 juillet.

L'enfant, fatigué depuis 8 à 10 jours, est pris d'un violent mal de



Graphique 2.

ventre le 25 juin au soir, sans vomissements, avec diarrhée très fétide.

A l'entrée, contracture abdominale à droite très nette avec douleur à la pression, point lombaire, température 39°2, pouls à 140.

Opération : Incision de Roux, *appendice latéro-cæcal externe*, appendicectomie, lavage à l'éther, drainage.

Le pouls baisse très rapidement pour atteindre la normale le troisième jour après l'opération. Guérison.

Obs. 8. — J... Georges, 4 ans, entré le 30 juin, opéré le jour même, 12 heures après sa crise.

Contracture abdominale à droite avec hypéresthésie, température 38°6, pouls 120, yeux cernés.

Opération : Incision iliaque, deux centimètres, dissociation musculaire; à l'ouverture du péritoine, un peu de liquide séreux et fétide, appendice rouge, long, turgescant, recourbé sur lui-même. Appendicectomie, enfouissement en bourse. *Pas de drainage*, fermeture de la paroi en trois plans.

Sort guéri le dixième jour.

Obs. 9. — B... Raymond, 12 ans, entré le 30 juin, opéré le jour même, quarantième heure après le début.

Début par des douleurs violentes dans la fosse iliaque droite avec vomissements. Le lendemain, les douleurs s'exagèrent; on le conduit à l'hôpital où l'on constate l'hypéresthésie de toute la fosse iliaque droite avec contracture abdominale; température 39°8, pouls à 126.

Opération : Petite incision iliaque près de l'épine iliaque antéro-supérieure. *Appendice rétro-cæcal* enlevé, lavage à l'éther et drainage.

Les jours suivants, tout va très bien du côté de l'abdomen, cicatrisation parfaite. Le huitième jour apparaît une tuméfaction parotidienne qui évolue vers une parotide suppurée incisée le 21 juillet, si bien que le malade ne sort que six semaines après son entrée, guéri et sans éventration.

Obs. 10. — M... 14 ans, entré le 2 juillet, opéré le même jour, trentième heure de sa crise, sorti guéri le 16 juillet.

L'enfant, pris brusquement la veille de son entrée, de douleurs dans la fosse iliaque droite qu'il attribue à un effort; bientôt surviennent des vomissements. On l'amène à l'hôpital où l'on constate de la contracture nette dans la fosse iliaque droite avec douleur au point de Mac-Burney, température 38°7, pouls à 120 bien frappé.

Opération : Incision iliaque, dissociation musculaire. A l'ouverture du péritoine, pus libre, *appendice rétro-cæcal*, très rouge et turgescant renflé en son milieu, renfermant un volumineux calcul stercoral. Appendicectomie, lavage éther, un tout petit drain retiré le deuxième jour. Cicatrisation parfaite sans éventration.

Obs. 11. — D... Georgette 10 ans; entrée le 13 juillet, opérée le jour même, quatrième jour de la crise, sortie guérie le 26 juillet.

Une crise antérieure trois mois auparavant, la crise actuelle a débuté il y a 4 jours par des douleurs abdominales et de la céphalée, à l'entrée, contracture dans la fosse iliaque droite, douleur très vive au point de Marc-Burney.

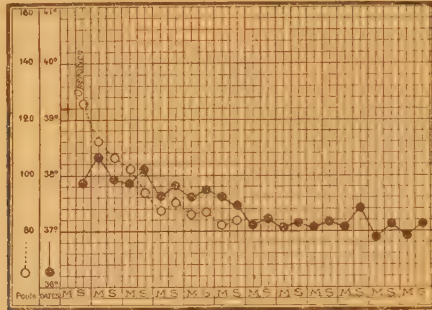
Opération : Incision iliaque, dissociation musculaire, à l'ouverture du péritoine un peu de liquide, appendice très long, dilaté à sa base, appendicectomie. *On referme en trois plans sans drainer.*

La température qui était à 39°4 le jour de l'entrée tombe le lendemain à 37°8 et reste normale à partir du 4^e jour. Le poulx aux environs de 130, passe au-dessous de la courbe de température le 3^e jour et reste à 99°.

Obs. 12. — C... Georges, entré le 26 juillet. Opéré le jour même, 36 heures de sa crise; sorti guéri 20 jours après l'intervention.

La veille au matin l'enfant est pris d'une douleur dans la fosse iliaque droite qui le fait boiter pendant toute la journée; à 8 heures du soir vomissements. Un purgatif est administré le lendemain matin.

L'enfant est amené d'urgence à l'hôpital à 8 heures du soir. Ventre



Graphique 3.

souple, à gauche, Contracture à droite avec hyperesthésie considérable. Température à 37°8, poulx à 128, langue et facies bons.

Opération : OEdème au-dessous de l'aponévrose; à l'ouverture du péritoine, pus épais, crémeux; appendice adhérent; on peut l'extérioriser et l'enlever, lavage à l'éther et drainage. Suites opératoires excellentes.

Obs. 13. — J... Andrée, 9 ans, entrée le 4 avril, opérée le même jour, troisième jour de la crise, décès le lendemain de l'intervention.

Entrée avec douleurs dans tout l'abdomen et vomissements, poulx à 120, température à 38°2. Grosse albuminurie.

Opération : A l'ouverture du péritoine, liquide sanieux. On enlève l'appendice, gangrené et recouvert de fausses membranes, lavage à l'éther et drainage.

Le lendemain les mains sont froides, la figure livide, le poulx incomptable, l'enfant meurt avec du délire 24 heures après l'intervention.

Obs. 14. — B... Marius, 11 ans, entré le 18 août, opéré le jour même, deuxième jour de la crise, sort guéri un mois après l'intervention.

Enfant en traitement à l'hôpital Hérold depuis 15 jours pour une adénopathie trachéobronchique avec poussée congestive au sommet droit, fièvre à 38°.

Le 17 août la température monte brusquement à 40°, diarrhée glaireuse, ballonnement du ventre et défense musculaire marquée dans la fosse iliaque

droite. Le 18 mêmes symptômes, plus accentués. On le transporte à Saint-Louis. A l'entrée on note une hypéresthésie de tout l'abdomen, pas de vomissement, pas de constipation.

Opération : Incision de Roux, grosse quantité de pus s'échappant du Douglas, l'appendice très adhérent, très profond, très friable, et perforé peut être enlevé, lavage à l'éther et drainage. Guérison.

Obs. 15. — S... Georges, 10 ans, entré le 23 août, opéré le jour même, 36^e heure de sa crise, sorti guéri le 4 septembre.

Vomissements, points douloureux dans la fosse iliaque droite.

Opération : Incision iliaque et dissociation musculaire, à l'ouverture du péritoine un peu de liquide, appendice adhérent, on le sectionne au thermocautère, enfouissement du moignon, *fermeture sans drainage*.

Obs. 16. — F... Marguerite, 12 ans, entrée le 21 août, opérée le 24, 4^e jour de sa crise, sortie guérie 15 jours après.

La première crise date de 8 mois, semble avoir été très violente avec température à 40°, le médecin pensait à une péritonite généralisée. Il y a trois jours reprise de petites douleurs dans la fosse iliaque droite que la diète hydrique et la glace n'arrivent pas à calmer.

Opération : A l'ouverture du péritoine on tombe sur un peu de liquide et sur un cæcum fixé par de nombreuses adhérences, l'appendice très long est soudé au dernier centimètre de l'intestin grêle, le tout est recouvert d'un bouchon épiploïque, on ouvre un abcès en décollant les adhérences, appendicectomie, on recouvre toute la zone cruentée par de l'épiploon, lavage à l'éther, drainage, suites opératoires excellentes; sort guérie le 14^e jour.

Obs. 17. — B... Paul, 6 ans, entré et opéré le 22 septembre, 8^e jour de la crise, sort guéri 15 jours après.

Appendicite datant de 8 jours, début par vomissements, température à 39°, tout semble rentrer dans l'ordre lorsque la veille de son entrée l'enfant est pris de douleurs abdominales et de vomissements, on constate un peu de contracture à droite.

Opération : Incision iliaque, dissociation musculaire, appendice adhérent à la face externe du cæcum et perforé à son extrémité distale. Appendicectomie, lavage à l'éther et drainage.

Obs. 18. — B... Robert, 10 ans, entré et opéré le 21 octobre, après 48 heures; sort guéri le 16^e jour.

Crise datant de 18 heures; purgation la veille. A l'entrée température à 38°, pouls 120, bien frappé; facies un peu plombé; hypéresthésie de la fosse iliaque et contracture musculaire.

Opération : Incision iliaque, dissociation musculaire; à l'ouverture du péritoine un peu de liquide; appendice facilement extériorisable; très long, rouge; son extrémité est renflée et perforée; appendicectomie et enfouissement du moignon; un petit drain enlevé le 5^e jour; le malade sort guéri sans éventration 15 jours après l'intervention.

Obs. 19. — V... Fernand, 12 ans, entré et opéré le 2 novembre 1916, crise datant de 48 heures, sort le 15^e jour guéri.

Appendicite datant de 48 heures; pas de vomissements, mais diarrhée consécutive à une purgation. A l'entrée température 38°2; pouls bien frappé à 100; hyperesthésie abdominale très marquée à droite avec contracture et défense de la paroi. Au-dessous de l'aponévrose : œdème.

Opération : A l'ouverture du péritoine jet de liquide trouble sans être franchement purulent; appendice œdémateux, coudé en U; section au thermocautère, enfouissement du moignon, petit drain enlevé le 5^e jour. Suites opératoires parfaites.

Obs. 20. — B... Lucienne, 11 ans et demi; entrée et opérée le 3 janvier, 4^e jour de sa crise; sortie guérie 3 semaines après.

A l'entrée ventre très douloureux, contracture à droite, vomissements, température à 38°5.

Opération : A l'ouverture du péritoine on tombe sur un petit abcès dont on vide le contenu; appendice long, rouge et turgescant; appendicectomie sans enfouissement. La température atteint 37°2 le troisième jour.

Obs. 21. — L... Jeanne, 9 ans et demi; entrée le 15 janvier opérée le 5 janvier. Sortie guérie un mois après l'intervention.

5^e jour de la crise qui a débuté par des douleurs abdominales et des vomissements. A l'entrée à l'hôpital Saint-Louis, température 38°5, pouls 150, presque imperceptible, facies grippé, langue sèche, ventre ballonné et douloureux partout avec point un peu plus net à droite. Les injections d'huile camphrée et de sérum n'arrivent pas à remonter le pouls. Opération 6 heures du soir.

Opération : A l'ouverture du péritoine du pus épais, sans odeur mais en grande quantité. L'appendice facilement extériorisable, très gros, très rouge à son extrémité. Le moignon est recouvert d'une frange épiploïque.

Drainage du Douglas. Lavage à l'éther. Suites opératoires excellentes.

Obs. 22. — B... Jules, 12 ans. Entré le 24 février, opéré le jour même. Sorti guéri 15 jours après.

Crise remontant à 48 heures, douleurs violentes et vomissements incessants, ventre contracté avec défense musculaire très nette à droite. Hypéresthésie de la fosse iliaque droite. Température 39°5, pouls 120.

Opération : Incision iliaque deux centimètres, dissociation musculaire, à l'ouverture du péritoine pus chocolat fétide, appendice non adhérent mais très rouge, gangrené et perforé à son extrémité. Appendicectomie sans enfouissement. Ether. Un petit drain enlevé le cinquième jour. Le malade sort guéri sans fistule ni éventration.

Obs. 23. — Cl... Dominique, 15 ans, entrée le 6 mars, opérée le jour même, troisième jour de sa crise, sortie guérie un mois après.

Température 38°5, pouls à 130, hyperesthésie et contracture dans la fosse iliaque droite, facies mauvais.

Opération : A l'ouverture du péritoine, pus fétide, appendice très rouge recouvert de très nombreuses fausses membranes, enfouissement du moignon en bourse, un drain dans le Douglas, fermeture de la paroi par deux crins. Sortie guérie.

Obs. 24. — L... François, 4 ans, entré le 3 février, opéré le 19 mars au sixième jour de sa crise. Décès.

Soigné dans un service de médecine pour une scarlatine, le petit malade fait soudainement une élévation de température. On croit à des phénomènes pulmonaires, pendant 4 jours, la température se maintient entre 38 et 39°; elle tombe brusquement le cinquième jour de 40 à 37°. A ce moment on constate à l'examen un ballonnement uniforme du ventre, le pouls est incomptable, vomissements porracés incessants. On décide l'intervention que l'on fait *in extremis*.

Opération : A l'ouverture du péritoine, pus en abondance, appendice gangrené et perforé, lavage à l'éther et drainage; l'enfant meurt quelques heures après l'intervention.

Obs. 25. — D... Georges, 13 ans et demi, entré le 24 mars, opéré le jour même, 48^e heure de sa crise, sorti guéri trois semaines après.

A l'entrée, ventre très dur, très douloureux dans la fosse iliaque droite, pus libre dans le péritoine, appendice long, rouge et turgescant, facilement extériorisable.

Opération : Appendicectomie, enfouissement en bourse, un petit drain, fermeture de la paroi.

Obs. 26. — S... Marcel, 11 ans, entré le 24 mars, opéré le jour même, deuxième jour de sa crise. Guérison.

Le ventre est très souple, très peu de défense à droite, mais la crise a été des plus nettes.

Opération : A l'ouverture du péritoine, appendice très rouge, turgescant, renfermant un calcul stercoral, dans la cavité péritonéale un peu de liquide, *on ferme sans drainer*.

Obs. 27. — Br... Georges, 13 ans, entré le 3 avril, opéré le jour même, 3^e jour de la crise, sorti guéri.

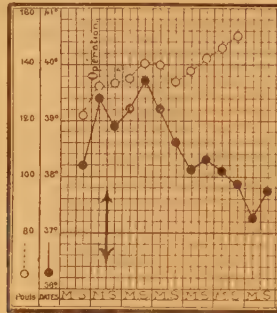
Ventre dur et douloureux à droite, vomissements, constipation; température 39°9, pouls 126.

Opération : A l'ouverture du péritoine un gros paquet d'épiploon empêche le cæcum d'être amené, résection épiploïque, un liquide sanieux assez abondant dans le péritoine, l'appendice très adhérent est perforé à sa base d'implantation, et le cæcum présente une ulcération de la surface d'une pièce de deux francs d'où sort un véritable paquet de trichocéphales. Appendicectomie, suture de la perforation, drainage.

La température descend le lendemain aux environs de 38°, puis revient à la normale, une fistule stercorale se produit le 6^e jour. Le petit malade est opéré ultérieurement de sa fistule et sort guéri trois mois après l'entrée.

Obs. 28 — L... Léon, 10 ans et demi, entré le 12 avril, opéré le 14, crise datant de trois jours. Décès le cinquième jour.

Le petit malade est dans le service depuis la veille, sous l'influence de la glace tout semble se calmer, le lendemain les douleurs reprennent



Graphique 4.

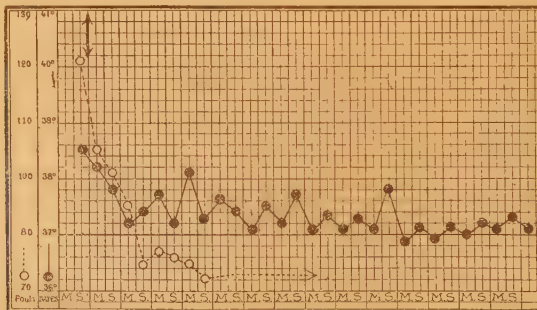
dans la fosse iliaque droite, et la température passe de 38 à 39°5, un tout petit plastron, une contracture peu nette.

Opération, Mac Burney : L'appendice a son extrémité renflée et perforée ; un peu de pus très fétide s'écoule, le péritoine est asséché. Appendicectomie au thermocautère et drainage.

La température descend aux environs de 38°2. Le 4^e jour mélæna et hématuries, se produisent brusquement dans la nuit, le malade meurt le cinquième jour au milieu de phénomènes de collapsus. A l'autopsie on trouve un peu de pus entre les anses, et du sang dans tout le tractus intestinal, l'estomac, le grêle et le gros intestin.

Obs. 29. — Leb... René, 10 ans, entre le 30 avril, opéré le même jour, troisième jour de la crise ; sorti guéri le 18^e jour.

Le début de la crise remonte à 3 jours, douleur brusque dans la fosse



Graphique 5.

iliaque droite avec vomissements, le petit malade est purgé, les vomissements continuent. Un lavement n'amène aucune évacuation.

A l'entrée douleur dans la fosse iliaque droite, hypéresthésie de la paroi; *point douloureux lombaire*, température 38°6, pouls 130.

Opération : Incision très externe de 3 centimètres, œdème de la paroi, on attaque le péritoine par sa face externe, à son ouverture pus très fétide; *appendice rétro-cæcal* adhérent par sa pointe qui est perforée, appendicectomie sans enfouissement. Lavage à l'éther, deux drains, un dans le Douglas, un rétro-cæcal se dirigeant vers le haut.

Sort guéri le 18^e jour.

Obs. 30. — D... Charlotte, 11 ans, entrée le 1^{er} mai, opérée le jour même, 1^{er} jour de la crise, guérison.

Début de la crise remontant à 24 heures avec vomissements, température à 39°, pouls à 130, douleur très vive dans la fosse iliaque droite hypéresthésie avec contracture.

Opération : Incision très basse et très externe, à l'ouverture du péritoine un peu de liquide séro-purulent, on tombe immédiatement sur l'appendice encapuchonné dans l'épiploon qui lui adhère déjà. Sa pointe renflée par la présence d'un calcul, est œdématiée avec un piqueté hémorragique et se perfore au moment où on l'enlève. Appendicectomie au thermo, sans enfouissement. Résection de l'épiploon, lavage à l'éther, un tout petit drain dans le Douglas.

Obs. 31. — Ch..., 14 ans, entré le 13 mai opéré le jour même, 5^e jour de la crise, mort.

Vomissements, constipation, deux purgations avant son entrée, ventre uniformément ballonné, tendu, douloureux.

Opération : On arrive à extérioriser le cæcum sur lequel n'est implanté qu'un moignon appendiculaire de 4 centimètres; la partie sectionnée de l'appendice peut être extériorisée, elle a la grosseur du pouce et une longueur de 8 à 10 centimètres, elle est gangrenée; lavage à l'éther, après évacuation d'une quantité énorme de pus libre et très fétide, un gros drain dans le Douglas, mort le lendemain.

Obs. 32. — M... Henri, 14 ans, entré le 15 mai, opéré le 16, crise datant de 48 heures, guérison.

Une petite crise il y a 5 ans. Pris dans la journée du 14 mai de douleurs dans la fosse iliaque droite, l'enfant est purgé, les douleurs ne cessant pas, on l'amène à l'hôpital, température 38°4, pouls à 98, bien frappé. Un peu de contracture à droite. Point douloureux lombaire. Glace et diète. Le lendemain le tableau clinique change, le matin la température est à 38°, à 3 heures de l'après-midi à 39°, à 7 heures à 39°9 et à 9 heures à 40°5, le pouls à 124, moins bien frappé.

Opération d'urgence : Incision de 3 centimètres, paroi œdématiée, liquide séro-purulent très fétide, en petite quantité, libre. Cæcum fixe, appendice adhérent rétro-cæcal, du volume des deux pouces, renflé en masse à son extrémité et recouvert des membranes grisâtres, sanieuses, fétides.

Appendicectomie au thermo, sans enfouissement, un drain. Le 3^e jour la température est à 37° et la fréquence du pouls passe de 128 à 82. Le

petit malade fait ensuite des frissons répétés, avec épistaxis, sueurs profuses, fièvre, on diagnostique une septicémie et on le passe en médecine d'où il sort guéri au bout de six semaines.

A l'ouverture de cet appendice gangrené on trouve deux volumineux calculs, l'un gros comme un pois, l'autre comme une olive.

Obs. 33. — V... Robert, 10 ans, entré le 11 juin, opéré le jour même, la crise datant de 48 heures. Guérison.

Le début de la crise remonte à 48 heures, vomissements et douleurs dans la fosse iliaque droite, purgations et lavements le 9 juin. A l'entrée, température à 37°8, pouls à 107, facies grippé, nez froid; la fosse iliaque gauche est très souple, par contre à droite hyperesthésie de la paroi avec contracture.

Opération : A l'ouverture du péritoine, du pus en grande quantité; appendice gangrené et perforé en son milieu, appendicectomie sans enfouissement, lavage à l'éther, guérison.

Obs. 34 — M... Odette, 11 ans; entrée et opérée le 23 juin; crise datant de 36 heures. Guérison.

La crise remonte à 36 heures, un vomissement; contracture et douleurs très vives dans la fosse iliaque droite; hyperesthésie; fosse iliaque gauche souple; facies un peu grippé, pouls 116, température 38°8.

Opération : Cæcum très congestionné ainsi que toute la fin du grêle; appendice turgescent avec à son extrémité une petite plaque ecchymotique et sphacèle; appendicectomie, enfouissement du moignon; fermeture sans drainage. Guérison.

Obs. 35. — B... Robert, 9 ans, salle Bouchut n° 3, début brusque 8 jours avant, gros point de côté droit, vomissements, des douleurs abdominales, fièvre. A vomi pendant les deux premiers jours, ni diarrhée ni constipation, selles normales, touse.

Entré à l'hôpital le 7 juillet. Température 39° matin, 39° soir, se plaint de souffrir du ventre, indique région appendice, il ne s'agit pas d'un simple point de côté abdominal car douleur à la pression, maximum au point de Mac Burney et défense. Cependant gros foyer pneumonique à partie moyenne poumon droit, en arrière souffle tuberculeux, râles crépitants et matité. Diagnostic, pneumonie et appendicite.

8 juillet, température matin 38°, soir 39°, mêmes signes abdominaux et pulmonaires.

9 juillet, température matin 38°, soir 39°. A vomi deux fois dans la nuit se plaint de souffrir violemment du ventre. Une selle diarrhéique, yeux cernés, pouls rapide, abdomen ballonné, douleurs générales à la palpation.

Les signes pulmonaires se sont modifiés, respiration soufflante et râles non crépités.

10 juillet, facies péritonéal, pouls plus rapide et moins bien frappé, température matin 38° soir 38°8, vu le soir par M. Brun.

11 juillet, état s'est encore aggravé, pouls filant, incomptable, abdomen ballonné, submatité dans les flancs. Au toucher rectal M. Renault a l'impression qu'il y a un commencement d'enkystement dans le petit

bassin, température $37^{\circ}\frac{1}{4}$ matin ; passé l'après-midi en chirurgie. M. Renault conseille d'attendre, il voit le malade en chirurgie le 12 au matin, mourant, conseille intervention.

Opération : Péritonite généralisée, appendice perforé et gangrené, appendicectomie, drain. Mort quelques heures après intervention.

Obs. 36. — F... Ernest, 12 ans, entré le 23 juillet, opéré le jour même. Sorti guéri 15 jours après.

Début de la crise, 19 heures avant son entrée à l'hôpital. Le petit malade est réveillé dans la nuit par une douleur dans la fosse iliaque droite bientôt suivie de vomissements.

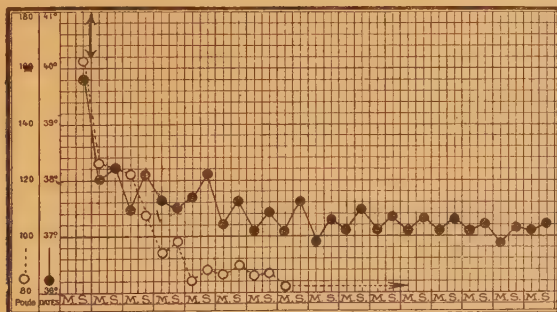
A l'examen, bon poulx, bon facies, la température est voisine de la normale. Cependant contracture abdominale nette à droite, avec douleur vive à la pression. Point lombaire inférieur très net avec contracture des muscles lombaires. On décide d'intervenir parce que nous nous trouvons dans les 24 premières heures.

Opération : On trouve déjà de l'œdème de la paroi, il s'écoule une sérosité louche des espaces cellulaires de la paroi. Dans la cavité péritonéale du séro-pus, appendice latéro-cæcal externe gros comme le pouce, en forme de radis, et en voie de gangrène.

Il renferme un énorme calcul stercoral. Appendicectomie, enfouissement en bourse du moignon. Un petit drain est mis pendant 48 heures. Réunion parfaite. Le malade sort le quinzième jour avec une très belle cicatrice.

Obs. 37. — Br... Paul, 14 ans, entré le 3 août, opéré le jour même. Appendicite au 4^e jour.

Début, le lundi 31 juillet. En s'éveillant, le petit malade a des nausées bientôt suivies de vomissements. Il se plaint du ventre, et plus particu-



Graphique 6.

lièrement de la région appendiculaire. Le mardi et le mercredi, accalmie.

Le jeudi après-midi, les douleurs reprennent plus violentes et s'accompagnent de vomissements pendant toute la nuit du jeudi au vendredi. A son entrée le vendredi après-midi, le petit malade accuse des douleurs spontanées au niveau de la fosse iliaque droite.

Le ventre est d'une dureté ligneuse. Il y a de l'hypéresthésie cutanée, et un point douloureux lombaire inférieur des plus net. Absence de respiration abdominale.

Facies grippé, le nez est froid. La température 39°9, le pouls à 160.

Opération : Incision très près de l'épine iliaque. A l'ouverture du péritoine, pus très fétide. Appendice latéro-caecal externe, perforé et gangrené. Appendicectomie. Un petit drain. Fermeture en un seul plan aux crins de Florence. Le lendemain, chute de la température et du pouls qui passe au-dessous de la courbe thermique. Le malade quitte l'hôpital guéri, sans fistule ni éventration, 23 jours après l'intervention.

Obs. 38. — S... Louis, 10 ans, entré à l'hôpital le 4 août avec le diagnostic de péritonite généralisée. Le début de la crise semble remonter à 8 jours environ par douleurs dans la fosse iliaque droite et vomissements. On purge le malade. Les douleurs persistent; deux jours après, un médecin consulté ordonne la diète hydrique et la glace sur le ventre. Les phénomènes semblent se calmer pour reprendre trois jours plus tard.

A son entrée, température 39°9, pouls à peine comptable, 160. Les extrémités sont froides et cyanosées, le nez pincé. La respiration très superficielle. Le ventre uniformément tendu, très météorisé, douloureux partout. Vomissements noirâtres, la langue rôtie.

Opération : Incision iliaque, le pus sous pression s'échappe avec des gaz à l'ouverture du péritoine. Les anses sont extrêmement dilatées. L'appendice perdu au milieu des fausses membranes est gros, gangrené et perforé. On l'enlève d'un coup de thermocautére. Un très volumineux drain dans le Douglas.

Mort 10 heures après l'intervention.

Obs. 39. — V... Louise, 13 ans et demi, entrée le 11 août, opérée le jour même. Décès le lendemain, trois crises antérieures.

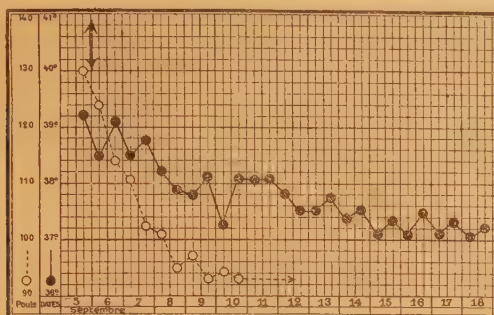
Début de la crise actuelle remonte à une semaine. Le médecin l'a fait admettre avec le diagnostic de péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Etat très grave à opérer d'urgence. Le ventre est uniformément ballonné, douloureux. Vomissements porracés. Extrémités livides, pas de pouls.

Opération in extremis : Du pus en grande quantité s'échappe de la cavité abdominale. L'appendice énorme est perforé, adhère à la trompe droite qui est elle-même très volumineuse. Appendice est enlevé, un gros drain placé dans la cavité pulvienne. Sérum, huile camphrée n'arrivent pas à remonter la petite malade qui meurt quelques heures après l'intervention.

Obs. 40. — D... André, 11 ans et demi, entré le 5 septembre, opéré le jour même. Sorti guéri. Appendicite datant de 48 heures. Appendice gangrené et perforé avec péritonite diffuse. Début par douleurs très violentes à droite avec vomissements alimentaires et bilieux. On administre une purgation qui n'a d'autre effet que d'exaspérer les douleurs. A l'entrée, ventre légèrement météorisé, mais défense musculaire très nette à

droite avec hyperesthésie cutanée. Température 39°5, pouls 130, bien frappé.

Opération : Incision iliaque très externe; l'appendice est du volume du pouce, d'aspect gangréneux recouvert de fausses membranes grisâtres et fétides. Une quantité assez considérable de liquide infect s'écoule.



Graphique 7.

L'appendice libre est facilement extériorisé et resséqué. Il n'est pas perforé, mais il renferme un très volumineux calcul stercoral et sa cavité est pleine d'un pus fétide.

Appendicectomie. Enfouissement du moignon par un surjet. Un drain dans le Douglas. Fermeture de la paroi en un seul plan aux crins. Suites opératoires excellentes. Pouls et température tombent graduellement et le malade sort guéri un mois après l'intervention.

Obs. 41. — L... Louis, 12 ans, entré le 14 septembre, opéré le jour même. Sorti guéri 15 jours après l'intervention.

Appendicite dont le début remonte à 24 heures. Contracture musculaire très nette à droite. Douleur à la pression. Nausées, vomissements.

Opération : Incision iliaque externe, dissociation musculaire. Appendice libre très long 15 centimètres, très vascularisé, son 1/3 distal est œdématié et renflé, renferme un calcul stercoral. Appendicectomie. Enfouissement du moignon. On referme la paroi en 3 plans sans drain. Part guéri 15 jours après.

Obs. 42. — L... Paul, 13 ans, entré le 20 septembre, opéré le jour même. Sort guéri un mois après l'intervention.

Appendicite au 4^e jour. Début par douleur abdominale dans toute la partie droite de l'abdomen. Vomissements. A l'entrée douleur dans la fosse iliaque droite et le flanc. Point lombaire inférieur des plus net, beaucoup plus sensible que le Mac Burney, cependant les muscles de la fosse iliaque droite sont contracturés, ainsi que les muscles de la paroi lombaire inférieure.

Opération : Incision très externe. L'appendice rétro-cæcal est gangrené et perforé, il baigne dans un pus épais et fétide. Péritonite en train de diffuser.

Appendicectomie sans enfouissement du moignon. Lavage à l'éther. Drain dans le Douglas. Un seul plan de suture, deux crins de Florence.

Obs. 43. — D... André, entré le 2 octobre, opéré le 2 octobre. Appendicite datant de 48 heures. Douleur très nette au point de Mac Burney, contracture musculaire de la paroi iliaque droite.

Opération : Incision iliaque très externe, on tombe sur un petit abcès, l'appendice est enfoui dans un bouchon d'épiploon, on resèque cet épiploon et on pratique ensuite l'appendicectomie. L'appendice est perforé au niveau de sa pointe et un calcul obstrue la perforation. Un petit drain enlevé 48 heures après. On referme en 3 plans. Le malade sort guéri. 3 semaines après l'intervention, cicatrisation parfaite.

Obs. 44. — D... Georges, 4 ans et demi, entré le 8 octobre, opéré le jour même. Le petit malade est envoyé d'Hérolle où il était soigné pour une broncho-pneumonie. La crise appendiculaire semble remonter à 4 jours douleurs abdominales avec vomissements, qui cèdent d'abord à la glace pendant 2 jours, puis reprennent plus violemment le 4^e jour.

A son entrée, ventre météorisé, on sent à la palpation une volumineuse tumeur dans la fosse iliaque droite. Mais la douleur est si vive que la palpation est rendue difficile.

Opération : On tombe à l'ouverture du ventre sur un volumineux abcès remplissant toute la fosse iliaque droite et le pelvis. Appendice est très long, perforé et gangrené. Appendicectomie, un drain dans le Douglas, lavage à l'éther. Fermeture, un seul plan aux crins. Guérison.

Obs. 45. — A... Andrée, 18 ans, entrée le 19 janvier, salle Lyot. Opérée le jour même. Sortie guérie six semaines après l'intervention.

Début le 16 janvier vers 3 heures après-midi par violente douleur dans le côté droit; la malade n'y attache pas d'importance. Le lendemain elle va à son cours comme d'habitude. Mais vers 11 heures, les douleurs la reprennent, elles sont encore supportables. Dans la nuit du 17 au 18 les vomissements apparaissent, les douleurs sont atroces, un médecin consulté ordonne le transfert à l'hôpital. Les douleurs pourtant se calment vers le soir, mais la fièvre persiste et le 19 la malade est conduite à l'hôpital.

Contracture très nette à droite, hyperesthésie cutanée, palpation, très douloureuse surtout au point de Mac-Burney. Température 40°1, pouls 160.

Opération : A l'ouverture du péritoine un peu de liquide sanieux. Appendice libre, perforé à la pointe, un petit drain. Les jours suivants, fistule stercorale qui arrive à se fermer presque complètement. Il persiste un petit trajet fistuleux qui suppure pendant deux mois, puis un calcul stercoral s'élimine spontanément et la fistule se ferme spontanément. La malade revue six mois après a une toute petite cicatrice sans éviscération.

Obs. 46. — L... Jules, entré le 6 janvier 1917, salle Albarram, hôpital Saint-Louis, opéré le jour même. Crise datant de 24 heures. Le malade

est pris la veille d'une violente douleur qu'il localise au niveau d'une cicatrice de hernie inguinale droite opérée et qui a récidivé, les douleurs, s'accompagnent de vomissements si bien qu'un médecin consulté croit à une hernie étranglée et c'est avec ce diagnostic que le malade arrive à l'hôpital.

Cependant la fièvre à 40°1, la contracture de toute la paroi abdominale de la fosse iliaque droite, l'hypéresthésie au même niveau font penser à une crise d'appendicite aiguë.

Opération : incision iliaque externe. A l'ouverture du péritoine du pus. Appendice gangrené mais non encore perforé. Appendicectomie au thermo, sans enfouissement, lavage à l'éther, petit drain dans le Douglas. Ce drain est retiré le deuxième jour. Le malade sort guéri un mois après sans éventration.

Obs. 47. — B..., 15 ans. Admise le 2 janvier, opérée le jour même. Crise datant de 48 heures. Vomissement, contracture, hypéresthésie douleur spontanée à droite.

Opération : A l'ouverture. appendice perforé et gangrène, un petit drain. Suites normales.

Obs. 48. — S..., 15 ans, appendicite datant de 5 jours, ballonnement du ventre, douleurs généralisées à tout l'abdomen. Vomissements forcés.

Opération : A l'ouverture, du pus sous pression. Appendice gangrené et perforé, lavage à l'éther, drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. 49. — A... Camille, 14 ans et demie; entré le 10 novembre, opéré le jour même. Il y deux mois environ une première crise, très violente, soignée par de la glace. Un mois après, seconde crise qui cède à la glace et à la diète hydrique.

Il y a 5 jours, alors que tout semblait rentrer dans l'ordre réapparition des douleurs de la fosse iliaque droite s'accompagnant d'un vomissement. On tente encore le refroidissement mais le médecin constatant l'apparition d'une tumeur dans la fosse iliaque dirige la malade sur l'hôpital. A l'entrée, température 39°5, pouls 140. La malade ne souffre pas trop. Spontanément, la palpation décèle une volumineuse tumeur emplissant toute la fosse iliaque droite. La petite malade a du ténesme vésical. On opère d'urgence. Un flot de pus, le cæcum est relativement mobile, mais on ne trouve pas l'appendice. Celui-ci amputé spontanément est découvert collé contre le promontoire. Lavage à l'éther. Un drain dans le Douglas. Suites normales, fistule stercorente qui se bouche spontanément quelques jours après l'intervention. Guérison.

Obs. 50. — G... Robert 12 ans. Entré le 10 novembre, opéré le jour même, crise datant de 8 heures. En se levant le petit malade se plaint de son ventre et il a un vomissement. Amené immédiatement à l'hôpital. Température 37°2, pouls 140, facies un peu grippé. Contracture très nette des muscles de la fosse iliaque droite, douleur à la pression.

Opération : A l'ouverture du péritoine, l'épiploon se présente déjà rouge recouvrant l'appendice renflé et turgescent à son extrémité déjà

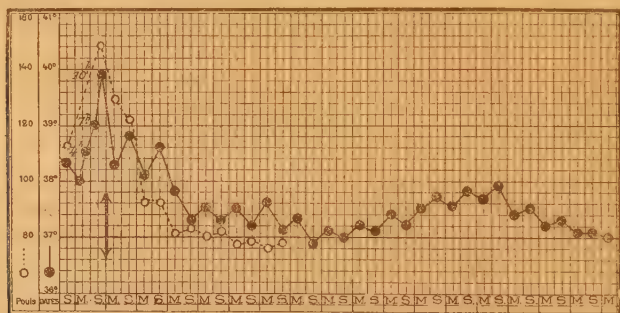
œdémateuse; un peu de liquide (séro-pus) autour de l'appendice. Appendicectomie au thermo. Enfouissement, fermeture sans drainage. Guérison.

Obs. 51. — N..., 41 ans, entré le 8 novembre à l'hôpital avec une crise datant de 48 heures. Température 39° , pouls 110, peu de contraction à droite on sent un petit plastron fusiforme gros comme le pouce. Il semble qu'il s'agisse d'une crise banale, sous l'influence de la glace la température tombe le lendemain à la normale. La glace est maintenue les jours suivants, puis le petit malade est opéré le 8^e jour.

Opération: A l'ouverture un peu de sérosité, l'appendice est encapsulé par l'épiploon, très adhérent on commence par sectionner cet épiploon sans essayer de le détacher de la pointe de l'appendice. A la base de ce dernier une petite ulcération a tendance à se perforer. Appendicectomie. Lavage à l'éther, fermeture sans drainage. Guérison.

Obs. 52. — Qid... Henriette, 17 ans. Entrée le 9 décembre, opérée le 13 décembre, sortie le 3 février.

Début de la crise le 6 décembre, mal à l'estomac qui s'accompagne de vomissements. Elle applique des cataplasmes sur son ventre et se purge au séné. Les douleurs persistent. Elle entre à l'hôpital Bichat le 9 décembre, la température $38^{\circ}8$, un pouls à 90. Un peu de douleur à droite



Graphique 8.

et de contracture. Glace et diète hydrique font très bien, lorsque le 13 décembre à 3 heures la malade a un frisson, une douleur violente dans le ventre, la température est à $40^{\circ}8$, pouls 130. Appelé d'urgence on constate de l'hypéresthésie avec contracture à droite.

Opération : On trouve un appendice perforé et gangrené, du pus l'entoure, appendicectomie, un drain dans le Douglas.

Les jours suivants fistule stercorale qui est réopérée, 5 mois après la malade est complètement guérie sans évентration.

Obs. 53. — Jacques M..., 10 ans, entré le 6 septembre à l'hôpital Bretonneau, opéré le jour même, sorti le 12 octobre.

Début de la crise remonte à 40 heures. Vomissement, contracture et douleur à droite.

Opération : Incision iliaque très externe. Appendice gangrené et perforé à sa pointe, appendicectomie, petit drain.

Obs. 54. — Br... Hélène, 15 ans, entrée le 11 septembre, opérée le 11 septembre, sortie le 4 octobre.

Crise appendiculaire ayant débuté il y a 36 heures environ. La température est à 40°, pouls à 120, 2 vomissements. Ventre contracturé, très douloureux à droite, hyperesthésie cutanée, opérée d'urgence à l'hôpital Bretonneau.

Opération : Incision iliaque très externe, dissociation musculaire, appendice long, gangrené et perforé, un liquide séro-purulent s'écoule en abondance. Appendicectomie au thermo, enfouissement du moignon par un surjet en bourse, un petit drain, suites opératoires excellentes.

Obs. 55. — S.... Robert, 8 ans, entré le 14 septembre, opéré le 14 septembre, sorti le 17 octobre.

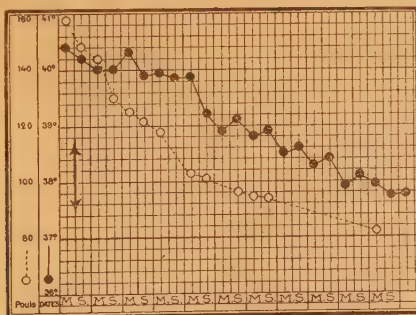
Crise appendiculaire remontant à 28 heures, douleurs spontanées de la fosse iliaque droite suivie de vomissements, hyperesthésie et contracture dans la fosse iliaque droite.

Opération : A l'ouverture, du pus, et un appendice rouge turgescant oedémateux mais non encore perforé.

Appendicectomie, drainage du Douglas, suites opératoires excellentes.

Obs. 56. — Th... Suzanne, 14 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis le 29 décembre, opérée le jour même, crise datant de 8 jours avec péritonite. Guérison.

L'enfant qui souffre depuis huit jours a été jusqu'à son arrivée à l'hôpital traitée par les purgations et les cataplasmes laudanisés sur le



Graphique 9.

ventre. A son entrée, la température est à 40°, le pouls à 160. Le ventre uniformément météorisé, partout douloureux, mais la fosse iliaque droite est particulièrement sensible, et la contracture musculaire de défense des plus nette.

Opération : L'intervention est pratiquée d'urgence. Incision iliaque très externe, dissociation musculaire, à l'ouverture du péritoine, un flot de pus sous tension s'échappe. L'appendice est gangrené et perforé. Appendicectomie au thermo sans enfouissement, le cæcum étant très friable et recouvert de fausses membranes saignantes. Quelques centimètres cubes d'éther dans la plaie. Un drain du volume de l'index est enfoncé jusque dans le Douglas. La paroi refermée en un seul plan aux crins. Pendant les 48 heures qui suivent l'intervention la température se maintient élevée, mais le pouls descend très rapidement. Le pronostic est favorable, la malade est guérie.

Cas opérés dans le service du Professeur HARTMANN (1905-1917).

CRISE REMONTANT A	NOMBRE DES CAS	APPENDICITE SIMPLE	PERFORATION ET GANGRÈNE	PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE	ABÈS	FERMETURE SANS DRAINAGE	DÉCÈS	CAUSES DES DÉCÈS
0-24 heures	52	33	8	40	0	5	1	Péritonite.
24-36 heures	29	18	6	5	0	4	2	1 cas par péritonite généralisée. 1 cas par phlegmon de la paroi après fermeture sans drainage.
36-48 heures	54	26	17	41	0	5	5	4 cas par péritonite généralisée 1 cas par occlusion intestinale 17 jours après l'opération.
3 jours	35	17	7	41	0	2	3	Par péritonite généralisée dans tous les cas compliquée d'occlu- sion intestinale dans un cas.
4 jours	17	3	6	8	0	0	2	Par péritonite généralisée dans les deux cas.
5 jours	13	2	1	9	1	1	5	Par péritonite généralisée dans les 5 cas.
5 jours et au-dessus	34	5	4	7	13	0	9	7 cas par péritonite généralisée. 2 cas par abcès.
Total des cas	234	104	49	61	19	17	27	

Cas opérés dans le service du Docteur BAUDET (1912-1917).

CRISES REMONTANT A	NOMBRE DES CAS	APPENDICITE SIMPLE	PERFORATION ET GANGRÈNE	PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE	ABCÈS	FERMETURE SANS DRAINAGE	DÉCÈS	CAUSES DES DÉCÈS
0-24 heures	8	1	1	3	0	3	0	
24-48 heures	18	4	4	9	1	3	0	
3 jours	8	1	2	5	0	0	2	1 cas d'appendice perforé et gangréné avec grosse albuminurie. 1 cas de péritonite avec vomito negro.
4 jours	9	1	1	3	4	1	0	
5 jours et au-dessus	13	0	2	10	1	1	5	Par péritonite généralisée dans les 5 cas.
Total des cas	56	10	10	30	6	8	7	

La lecture de ces observations et l'examen des deux tableaux ci-dessus permettent de tirer les conclusions suivantes :

1° Les cas opérés étaient pour la plupart très graves.

Nous notons en effet 59 cas où l'appendice est gangrené et perforé, 91 cas où il existe de la péritonite en train de diffuser ou déjà généralisée, 25 cas où l'on a dû évacuer d'énormes abcès.

2° Dans 40 p. 100 des cas on a eu affaire à une deuxième ou une troisième crise, quelquefois même davantage.

3° La moitié des malades chez qui nous avons trouvé des perforations, avaient été purgés ou lavementés.

4° Fréquence très grande des appendices rétro-cæcaux.

Au point de vue des résultats obtenus :

5° La mortalité dans les cas opérés dans les 36 heures est nulle.

Nous avons perdu 2 malades au 3^e jour : l'un, observation 13, avait une albuminurie considérable, l'autre, observation 28, vomito negro appendiculaire.

6° Les cas de décès augmentent au fur et à mesure que l'on s'éloigne du début de la crise.

Est-ce à dire que toutes les appendicites opérées après 48 heures donnent un gros pourcentage de mortalité ? Évidemment non.

Nous avons dit plus haut que nous avions nous-même opéré 50 cas d'appendicite au 3^e ou 10^e jour mais il s'agissait de crises la plupart jugées légères ; beaucoup de chirurgiens ne les auraient pas opérées avant 3 semaines de refroidissement, nous n'avons eu qu'à nous louer d'être intervenu et nous n'avons *pas eu de décès à déplorer*. Nous aurions pu faire rentrer ces cas dans nos statistiques, car bien qu'en voie de regression il s'agissait manifestement d'appendicites aiguës.

Ce n'est donc pas parce qu'une appendicite est opérée après 48 heures, que l'opération est grave. C'est parce que la crise est grave qu'on est amené à opérer après la 48^e heure.

S'il s'était agi de crises légères et ayant tourné court, on ne les aurait pas dirigées sur l'hôpital, et le diagnostic serait resté ignoré. Mais c'est parce que la maladie a poursuivi son évolution, c'est parce que des symptômes plus alarmants sont apparus, ballonnement du ventre, vomissements porracés, qu'on amène l'enfant à l'hôpital. Il s'agit alors, trop souvent, de péritonite à la période ultime de son évolution. Pourquoi s'étonner alors d'avoir des résultats moins satisfaisants?

La péritonite peut exister dans les toutes premières heures de la crise, nous en notons de nombreux cas dans nos observations.

Mais cette péritonite rapidement traitée n'a pas le temps d'évoluer. Et par péritonite, nous voulons dire qu'à l'ouverture du péritoine nous avons trouvé l'appendice gangrené et du pus librement répandu entre les anses intestinales voisines du cæcum. « Et cette péritonite libre à tendance diffusante c'est celle qui, abandonnée à son évolution nous donnera alors au bout de 24 heures dans certains cas, de deux ou trois jours dans d'autres, suivant la virulence des microbes et la résistance du malade, le tableau clinique trop bien connu de la péritonite généralisée. » Telle est la conclusion de M. Lecène et nous y souscrivons entièrement.

Dans les services d'enfants, le nombre de ces péritonites appendiculaires graves amenées à l'hôpital est considérable et constitue les trois quarts des opérations pratiquées d'urgence,

*
* *

Comment nous expliquer, que ces malades arrivent à un stade aussi avancé de l'évolution de leur maladie et que nous soyons obligés d'opérer si souvent en pleine péritonite?

Les facteurs de gravité de l'appendicite tiennent à plusieurs causes :

1° La maladie peut rester ignorée.

2° Trop souvent au début le traitement est dirigé par les parents ou par le pharmacien voisin qui n'hésitent pas à prodiguer purges et lavements.

3° Parce qu'enfin le médecin appelé tardivement hésite devant une maladie modifiée par cette médication intempestive, ou que victime de cette mauvaise formule « Avant 36 heures on peut

opérer, après il vaut mieux attendre » tente le refroidissement.

Il en résulte une perte de temps pendant lequel l'appendicite évolue au préjudice du malade.

Le médecin est-il seul responsable de toutes ces hésitations ?

Aucune affection n'est à la vérité plus simple à diagnostiquer et à soigner qu'une crise d'appendicite, et cependant il semble que dans tous les traités classiques on ait à plaisir compliqué la question.

Les symptômes de l'appendicite y sont très nombreux, tous mis sur le même plan, tous décrits comme ayant une valeur pathognomonique indubitable, et quelques lignes plus loin on démontre leur inconstance et leur faible valeur clinique.

Les formes cliniques ont été multipliées, chacune d'elle a sa symptomatologie propre et ses indications opératoires.

Quant aux erreurs de diagnostic à éviter, elles sont innombrables.

Puis lorsqu'on arrive au traitement on ne fait grâce au lecteur d'aucune des discussions qui ont eu lieu sur la question de l'opération à chaud ou à froid, et après lui avoir fait partager toutes les hésitations des différents auteurs, on le laisse libre de tirer lui-même une conclusion.

Voyons plutôt de quelle façon est présentée la question d'appendicite dans les livres classiques et nous comprendrons mieux les hésitations du praticien qui aura à prendre une détermination.

On commence par y affirmer qu'il est peu d'affections auxquelles s'applique mieux qu'à l'appendicite cette notion qu'il n'y a pas une maladie mais des malades; qu'il n'est pas possible de préjuger de la lésion anatomo-clinique d'un appendice en présence d'un syndrome quelconque; et surtout qu'il est difficile de suivre cliniquement l'évolution anatomique extrêmement rapide.

La forme aiguë doit à sa physionomie plus impressionnante et à ses symptômes plus marqués d'avoir été prise comme type. Elle est constituée à son début par de la douleur, de la contraction musculaire de défense, des troubles digestifs, de la fièvre, et un certain nombre de modifications du sang.

La douleur : elle est spontanée ou provoquée. Spontanée, elle peut être d'intensité variable, douleur sourde ou sensation de simple pesanteur. Elle peut être pongitive et comparée à un coup de poignard.

Son siège : la fosse iliaque droite ; mais elle peut être localisée à l'épigastre, à l'ombilic, quelquefois à gauche, quelquefois généralisée à tout l'abdomen.

Ces différents caractères permettent-ils de déduire quelques notions cliniques utiles. On nous l'affirme : La douleur étendue, généralisée d'emblée doit laisser supposer une évolution grave ; si au contraire, la douleur se localise, si elle diminue, on pourra espérer la localisation de l'inflammation. Et quelques lignes plus loin, on nous met en garde contre les rémissions trompeuses signalées par Dieulafoy et Mansell Moullin.

La douleur peut être provoquée par la pression. Mac-Burney en 1889, écrivait : « J'estime que dans chaque cas, le siège de la
« plus grande douleur déterminée par la pression avec un doigt
« est située exactement à un pouce et demi ou deux pouces de
« l'épine iliaque antéro-supérieure, sur une ligne oblique menée
« de cette épine à l'ombilic. Cela peut paraître une affectation
« d'exactitude, mais d'autant que me l'a prouvé mon expérience,
« l'observation est exacte ».

Ce signe, en devenant classique, a perdu la localisation que lui assignait son auteur, puisqu'on le situe plus en dedans, au milieu de la ligne unissant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic.

Ce signe de toute première valeur est pourtant décrié. Le point de M. Burney, écrit Sturmdorf, investi d'une dignité pathognomonique, depuis presque deux décades doit être relégué à l'humble rang d'un facteur possible de contribution au diagnostic », et M. le Professeur Lélars, dans un article de la *Semaine médicale*, tous en ne disconvenant pas que sa constatation ne soit précieuse ajoute : « A elle seule, que prouve cette douleur ? Elle ne suffit jamais à rien prouver. Elle manque dans un certain nombre de cas d'appendicites les mieux caractérisées. Elle se retrouve dans une série d'autres affections régionales ou même lointaines sans rapport avec l'appendice. »

Rien d'étonnant alors de voir un certain nombre d'auteurs essayer de mieux fixer le siège de la douleur en cas d'appendicite.

Pour Lanz et après lui pour Garau, le point se trouve dans le voisinage du tiers droit de la ligne unissant les deux épines iliaques antéro-supérieures.

Morris le fixe sur la même ligne que Mac Burney, mais un peu plus rapproché de l'ombilic.

Pour augmenter encore la confusion Lœper et Esmonet décri-

vent un point douloureux situé sur la bissectrice de l'angle formé par la ligne spino-ombilicale et bi-épineuse à 4 centimètres du raphé médian.

Rosving enfin provoque de la douleur dans la fosse iliaque, non plus par pression directe, mais en comprimant le côlon gauche et en remontant ainsi jusqu'à l'angle splénique mais bientôt Carl Lauenstein, et Arthur Hoffman viennent montrer le peu de valeur de ce signe : Blumberg lui, obtient de la douleur non plus par la pression mais par la décompression. Comme le font remarquer si justement Bérard et Vignard « ce sont là des précisions byzantines, étant donné les multiples conditions qui peuvent faire irradier la douleur autour de la base de l'organe-malade ».

M. le Professeur Kirmisson a attiré l'attention sur l'importance de l'hypéresthésie cutanée comme signe de gangrène et de perforation appendiculaire, alors que d'autres auteurs affirment que la disparition de ce symptôme est un signe de perforation.

Metzger enfin, dans le *Bulletin médical*, note la coïncidence paradoxale d'hypéralgésie cutanée avec hypoesthésie à la piqure.

La contracture musculaire de la paroi abdominale tantôt simplement localisée à droite, quelquefois généralisée à tout l'abdomen est un signe que nous *considérons comme capital* et qui passe presque inaperçu dans les descriptions classiques; par contre *le météorisme abdominal* est décrit partout et on lui a signé une place qu'il ne mérite pas. Nous dirons même que chez tous nos enfants, surtout au début des crises s'accompagnant de douleur spontanée, le ventre était plutôt rétracté, en bateau, que météorisé.

Il nous semble que *les troubles digestifs* n'ont pas une constance suffisante pour prendre place dans un chapitre consacré aux symptômes cardinaux de toutes les variétés.

Si *les vomissements* manquent rarement, sollicités d'ailleurs par la funeste habitude que l'on a de faire prendre quelque chose au malade, ou de le purger, chez les enfants *la constipation* est souvent, comme Broca l'a signalé, remplacée par de la *diarrhée*.

L'ictère n'apparaît que sous les formes graves de vomito-negro appendiculaire, et dans les complications hépatiques et les cas d'intoxication chloroformique.

Pour ce qui est de *la température et du pouls*, Lancet dans sa

thèse a montré que des appendicites très graves existent sans modification du pouls et de la température, que de volumineuses collections suppurées, de redoutables péritonites généralisées, évoluent sans fièvre, sans accélération du pouls; on connaît depuis longtemps la signification de gravité attribuée à la discordance entre le pouls qui augmente de fréquence alors que la température s'abaisse. Et pourtant il n'y a là rien d'absolu, et Kahn considère la *bradycardie* comme un signe certain d'appendicite gangréneuse.

Les frissons, la modification des urines, l'adénite monoganglionnaire localisée à la région inguinale, au-dessus de l'arcade crurale, et que Berardinone signale comme ayant une grande importance clinique, subissent le sort de tous les signes auxquels on a voulu attribuer une signification précise en matière d'appendicite. Leur valeur diminue à mesure qu'on les étudie. *La leucocytose dans l'appendicite* n'échappe pas à la même critique; voyons en effet ce que l'on dit : le nombre absolu des leucocytes et le pourcentage des polynucléaires sont d'autant plus élevés que la lésion est plus grave. Toutefois dans les cas de péritonite généralisée, où la défense de l'organisme est compromise, le nombre des leucocytes peut osciller entre 5.000 et 8.000 avec un pourcentage de polynucléaires entre 68 et 89 p. 100. Et après avoir dressé un tableau du nombre des leucocytes dans les différentes formes cliniques d'appendicites, les auteurs s'empressent d'ajouter que leurs chiffres n'ont rien de fatidiques, qu'il ne faut pas attendre patiemment que le malade y arrive pour intervenir, et qu'inversement il ne sera pas toujours nécessaire d'opérer parce que ce nombre aura été atteint ou dépassé.

Après avoir envisagé analytiquement les symptômes, nous les retrouvons groupés en combinaisons variables et souvent fort disparates, sous le nom de formes cliniques de la maladie.

Dans le traité de Brouardel, Gilbert et Thoinot, M. Galliard décrit au chapitre appendicite :

1. *Une appendicite catarrhale avec péritonisme* correspondant à l'appendicite simple, inflammatoire de Reclus; à l'appendicite bénigne de Duplay.

2. *Une appendicite aiguë avec péri-appendicite plastique.*

3. *Une appendicite aiguë avec péritonite purulente circonscrite.*

4. *Une appendicite aiguë avec péritonite suppurée généra-*

lisée, tantôt consécutive à la précédente, tantôt généralisée.

5. Une appendicite suraiguë toxémique avec ou sans péritonite.

A. Broca, dans son ouvrage de *Chirurgie infantile* écrit à propos de l'appendicite aiguë : « Sur un organe préparé par l'inflammation chronique se produisent des poussées aiguës, qui ont entre elles de grandes analogies au début, et ensuite des grandes différences qui nous forcent à décrire séparément de formes abortives, des péritonites enkystées, des péritonites généralisées qui revêtent les formes suivantes :

1. Un envahissement de proche en proche.

2. Une infection sans adhérence ou à peu près de la grande séreuse. Enfin des formes septiques et toxiques aiguës.

Si nous ajoutons à toutes ces formes, les différentes variétés topographiques : appendicites rétro-cœcales, intra-mésentériques pelviennes, les cas d'appendicites à gauche, les appendicites sous-hépatique, herniaire ; les différentes variétés cliniques, suivant l'âge du sujet, ses états pathologiques antérieurs ; si pour chacune d'entre elles on nous décrit sa symptomatologie, son évolution, ses complications, ses indications opératoires, nous partagerons l'angoisse du médecin qui doit décider de l'intervention ou de l'abstention, d'autant que les erreurs de diagnostic contre lesquelles on le met en garde sont très nombreuses. Voyons plutôt :

L. Galliard écrit en effet : « Toujours délicat, souvent difficile, parfois impossible, le diagnostic repose sur deux symptômes, tumeur, douleur. Suit alors la liste des diagnostics que nous passons très rapidement en revue.

L'appendicalgie hystérique. — Brissaud a signalé l'appendicite fantôme ; l'entérospasme ; la colique de plomb ; entérocolique aiguë ou chronique ; les vers intestinaux, les corps étrangers de l'intestin ; l'obstruction stercorale, l'occlusion, l'invagination intestinale, l'étranglement interne, l'étranglement herniaire, les perforations de l'estomac ou de l'intestin ; les péritonites circonscrites ; les péritonites à pneumocoque, la péritonite tuberculeuse, la pneumonie, la pleurésie, la méningite cérébro-spinale, le purpura rhumatoïde, la fièvre typhoïde, les cholecystites, la colique néphrétique ou hépatique, le rein mobile, les abcès péri-néphrétiques, l'orchite intra-abdominale, toutes

les maladies annexielles du côté droit; les adénites précocales etc., etc.

Et chacune des formes cliniques et de leurs complications vient augmenter encore la liste déjà si longue des terreurs à éviter.

Le diagnostic d'appendicite nettement établi, quel traitement le praticien va-t-il instituer? A cet égard que lui conseillera-t-on dans les traités classiques qu'il consultera?

*
* *

Le traitement médical est souvent mis sur un pied d'égalité avec le traitement chirurgical. M. le Professeur Robin écrit « Dès le début de la crise d'appendicite aiguë, les malades sont mis au lit, au repos, à la diète hydrique, *et purgés immédiatement*, soit avec de l'huile de ricin, soit avec du calomel ». Mais à quelles appendicites applique-t-il un pareil traitement, lorsqu'on connaît les méfaits de la purgation sur l'évolution de l'appendicite.

« Je commence, dit-il, par éliminer les appendicites qui surviennent chez les enfants, j'élimine les appendicites infectieuses consécutives à la grippe, à la scarlatine, à la fièvre typhoïde, les appendicites secondaires, utérines et annexielles, les appendicites traumatiques, enfin celles qui sont dues à la présence de corps étrangers dans l'appareil vermiforme. »

Quand le médecin aura éliminé, en admettant qu'il en ait les moyens cliniques, toutes les appendicites que le professeur Robin abandonne au chirurgien, que restera-t-il donc au traitement médical par la purge, et on comprendra facilement les belles statistiques obtenues, par le traitement médical.

Le traitement chirurgical. — Au lieu de comprendre quelques indications précises, il n'est fait que de l'historique de la question; toutes les discussions qui ont eu lieu sur ce sujet y sont rapportées mais pas de conclusions, on y apprend que le premier Filtz, en 1886, écrivait : « Si 24 heures après le début de la douleur la péritonite a diffusé, il faut pratiquer l'opération immédiate. Puis Bul, en 1888, Mac Burney, un an plus tard, Kelley ensuite défendent le principe de l'opération précoce.

L'École lyonnaise suit de très près les Américains. Poncet,

Jaboulay veulent que l'on intervienne rapidement dans les 30 premières heures.

Enfin en 1897, c'est le plaidoyer de Dieulafoy à l'Académie de Médecine : « Le traitement médical est nul ou insuffisant, le seul traitement rationnel est l'intervention chirurgicale ». En 1898 c'est Poirier qui se montre interventionniste convaincu. En 1889 enfin à la Société de Chirurgie de Paris la discussion commence et ne dure pas moins de 12 séances.

Broca, Reynier, Tillaux, Reclus, sont dans le camp des opportunistes.

Potherat, Michaux, Segond, Tuffier, Kirmisson, Pozzi, Quenu, Hartmann, admettent le principe de l'intervention précoce.

Les chirurgiens anglais avec Trèves sont plutôt opportunistes.

Au congrès de chirurgie belge, Broca, Sonnenburg viennent défendre la temporisation. La discussion reprend à la Société de Chirurgie en 1902. Les interventionnistes montrent les méfaits de l'opportunisme, leurs adversaires déclarent au contraire que l'intervention précoce est dangereuse, souvent inutile.

Malgré les plaidoyers de Broca, Reynier et de Pierre Delbet en faveur de l'opportunisme, la discussion se termine sur le principe suivant : Le diagnostic établi, on opérera sans tenir compte du nombre de jours de la crise.

La pratique de nombreuses opérations permet de constater qu'en intervenant dans les premières heures de la crise le chirurgien devance la perforation, que les suites sont simples, la fermeture du ventre possible ; qu'à partir de 36 heures ou de 48 heures au contraire des adhérences peuvent exister et que l'opération peut être plus difficile à effectuer.

Beaucoup de chirurgiens limitent à 48 heures l'intervention précoce, passé ce temps ils préfèrent attendre, essayer le refroidissement, prêts à réintervenir au premier signe d'aggravation.

Ainsi naquit le principe de l'opération pratiquée au début de la crise de préférence dans les 48 premières heures.

Ainsi comprise l'intervention précoce diffère beaucoup de l'opération systématique. Quoiqu'elle possède de nombreux adeptes, les opportunistes lui opposent une résistance aussi vive, qu'à l'opération immédiate.

Pourquoi opérer dans les 48 heures, disent-ils, puisqu'à ce moment tout peut rentrer dans l'ordre par le refroidissement ; on aura à faire alors une opération simple de mortalité presque nulle, au lieu d'une intervention compliquée, souvent dangereuse.

Et depuis, chaque année dans les différentes sociétés et congrès de chirurgie la discussion renaît, les mêmes arguments sont versés au débat.

Pour nous, qui avons été interne pendant deux ans dans un service d'enfants, si nous n'avions pas eu au début, les conseils de notre maître pour nous guider, si nous n'avions eu simplement que les livres, même les plus récents, de chirurgie infantile, nous n'aurions trouvé que des indications contradictoires.

Lisons plutôt ce qu'écrit M. le Professeur Broca dans son ouvrage de chirurgie infantile, édition 1914, au chapitre de l'appendicite aiguë.

« Le traitement de choix de la crise aiguë est l'appendicéctomie dans les 24 ou même les 48 premières heures (sauf s'il y a dès le début des accidents de septicotoxémie hépatique).

Il est plus difficilement applicable chez l'enfant pour deux motifs : 1° à cause des difficultés possibles de diagnostic ; 2° et surtout parce que la plupart du temps, croyant à une indigestion simple, les parents n'appellent le médecin que trop tard. On ne saurait assez répéter que le purgatif est un traitement déplorable de la crise aiguë d'appendicite. Passé le premier ou le second jour, le plastron s'étant constitué, je crois qu'il vaut mieux tenter le refroidissement, plutôt que d'opérer toujours séance tenante.

On met de la glace sur le ventre, on prescrit la diète absolue, ne laissant prendre que de l'eau en petite quantité.

Après 48 heures d'apyrexie, on purge doucement à l'huile de ricin, on fait prendre du bouillon de légumes, des purées, puis des pâtes, puis on opère au bout de 15 jours à 3 semaines. *Une seule crise est une indication opératoire* ».

« ... Si la fièvre persiste passé 3 ou 4 jours tandis que l'empâtement augmente, on doit diagnostiquer un abcès et l'inciser... Je conseille de ne resséquer tout de suite l'appendice que s'il se présente pour ainsi dire dans la plaie. Je ne suture pas autour du drain la plaie abdominale.

« Quoique les chances de succès soient faibles, la péritonite généralisée sera traitée par la laparotomie d'urgence. J'ai coutume de commencer par une longue incision iliaque à droite s'il en est besoin pour évacuer les grandes poches, je fais une incision médiane et une à gauche ou les deux. J'ai toujours été l'adversaire du lavage, des nettoiyages brutaux : je mets seulement deux gros drains plongeant dans le Douglas ».

Nous nous permettrons de faire quelques objections aux indications opératoires de M. Broca. Il écrit : *Le traitement de choix est l'appendicectomie dans les 24 ou 48 heures.*

Mais, pratiquement, il est loin de suivre toujours cette règle, ne trouvons-nous pas, ajoutant immédiatement après deux restrictions suivantes :

« 1° Sauf s'il y a dès le début des accidents de septico-toxémie hépatique.

« 2° Ce traitement est difficilement applicable aux enfants, à cause des difficultés de diagnostic », et remarquons qu'il s'agit d'un traité de chirurgie infantile. A notre avis au contraire le diagnostic s'impose chez l'enfant, car toutes les affections annexielles droites étant à éliminer, ce sont les seules qui, pratiquement, donnent lieu à quelques hésitations. Dans les 92 cas que nous avons eu à opérer d'urgence, le diagnostic n'a été hésitant que deux fois :

Une perforation typhique siégeant sur la terminaison du grêle, et une invagination iléo-cœcale. Encore n'avons-nous pas hésité sur l'indication opératoire qui était formelle, mais sur ce que nous allions au juste découvrir.

Les deux enfants ont guéri et nous n'avons eu qu'à nous louer d'être intervenu.

Lorsque M. Broca intervient dans les 24 ou 48 heures, draine-t-il ou ferme-t-il sans drainage? Aucune indication sur ces points.

Après nous avoir répété que le purgatif est un traitement déplorable, pourquoi écrit-il quelques lignes plus loin qu'il purge après 48 heures d'apyrexie. Qu'il soit permis à M. Broca d'agir de la sorte, passe encore, mais ces conseils lus et appliqués par la majorité des praticiens qui ont à traiter les appendicites, peuvent amener les pires désastres. D'abord, parce qu'ils n'auront souvent retenu du traitement que la purgation, ensuite parce qu'il existe des cas d'appendicites très graves qui évoluent à bas bruits et sans température. M. Broca en cite de nombreux cas, et qui seront pour beaucoup d'un diagnostic mal aisé.

Si, peu satisfait des indications opératoires de M. Broca, nous ouvrons le livre de M. Ombredanne sur la technique chirurgicale infantile, voici ce que nous lisons : « *Nous ne pratiquons pas chez l'enfant l'appendicectomie systématique immédiate même dans les cas où le chirurgien est appelé moins de 36 heures*

après le début des accidents. Cette pratique expose à des interventions inutiles par suite d'erreurs dans un diagnostic trop rapidement posé.

« Nous sommes donc appelé à intervenir dans trois conditions :

1° A froid; 2° pour évacuer une collection péri-appendiculaire, et il faut savoir attendre assez et pas trop; 3° pour une péritonite diffuse, c'est alors une intervention d'urgence. Après une crise d'appendicite légère, nous n'intervenons pas s'il s'agit de la première crise. S'il s'agit d'une seconde crise, nous intervenons après trois semaines.

« Après une crise franche, avec vomissements, élévation de température nous intervenons toujours au bout de six semaines de refroidissement. Après une crise franche avec plastron, c'est-à-dire signe de volumineux abcès profond, nous attendons trois mois.

« Les abcès se collectent vers le 8^e et 10^e jour. Leur ouverture n'est pas une intervention d'urgence; il ne faut pas se hâter de les inciser, à moins que l'état général n'y oblige. Il y a avantage à ne les évacuer que du 12^e au 18^e jour.

« *Toute péritonite diffuse d'origine appendiculaire est justifiable immédiatement et sans aucun délai de l'intervention. Et nous rappellerons, parmi les symptômes capitaux indiquant que l'infection est diffuse d'emblée les suivants : douleur atroce du début, généralisation de la douleur, contracture réflexe des droits, vomissements verts persistants, discordance du pouls et de la température, altération profonde du faciès; chez les enfants c'est presque uniquement les deux derniers signes qui servent à fixer l'indication opératoire.* »

Ainsi donc pour M. Ombredanne contrairement à M. Broca pas d'intervention immédiate même si on se trouve dans les 36 premières heures, la raison, les erreurs de diagnostic, l'argument est faible, c'est la négation de toute chirurgie d'urgence. Qui n'a pas pris pour une hernie crurale étranglée un ganglion de Cloquet enflammé; et bien d'autres erreurs. Ses propres arguments du reste pourraient être retournés contre M. Ombredanne lui-même, quand il dit qu'il faut opérer d'urgence toute péritonite diffuse, car nous avons vu au chapitre du diagnostic à quelles erreurs peut donner lieu cette même péritonite.

M. Ombredanne ne pense pas qu'une première crise soit une indication suffisante.

La fréquence des récidives, leur haute gravité à mesure que les crises se répètent, les difficultés opératoires plus grandes par suite des adhérences antérieures, plaident au contraire en faveur de l'intervention dès la première crise. Le danger passé il est difficile de faire admettre aux parents une intervention que des symptômes alarmants leur font presque réclamer.

Après avoir essayé de faire très rapidement la critique de la question de l'appendicite aiguë telle que nous la trouvons exposée dans les ouvrages diactiques classiques, nous essayerons de montrer sous quelle forme, elle nous est apparue en réalité dans les cas que nous avons observés, quels sont les symptômes capitaux qui nous ont conduit au diagnostic, qui nous ont imposé l'intervention. Nous exposerons enfin la technique que nous avons suivie et les résultats que nous avons obtenus.

Qu'un chirurgien averti, assistant au début d'une crise, puisse mettre en observation attentive son malade, choisir son heure pour intervenir, passe encore; mais il ne faut pas oublier que dans la très grande majorité des cas, les appendicites au début sont observées par des médecins praticiens qui n'ont ni le temps de surveiller d'heure en heure l'évolution de la crise, ni les moyens de pratiquer des examens de laboratoire, ni souvent la possibilité d'instituer et d'obtenir un traitement d'attente : l'immobilité, la diète, la glace sur le ventre.

Pour ce médecin le diagnostic ne doit être basé que sur un minimum de symptômes. Comme traitement une seule formule. La meilleure : le traitement chirurgical.

Pour lui la crise d'appendicite aiguë se présentera sous un tableau clinique presque toujours identique à lui-même. Nos observations en font foi.

Un enfant est pris de douleurs abdominales, il a des nausées bientôt suivies de vomissements. La mère croit à une simple indigestion et n'attache à la crise aucune importance.

Mais les douleurs ne se calment pas, au contraire, elles se localisent à droite. Alors la mère court chez le pharmacien et en ramène une purge. Cette purgation n'a d'autre effet que d'exagérer les douleurs en augmentant les vomissements. Bien heureux est celui qui échappe à une seconde purgation, et qui ne reçoit qu'un lavement. Puis des cataplasmes chauds sont appliqués sur le ventre. L'état empirant, on songe alors au médecin. Devant une crise modifiée par tant de traumatismes on comprend qu'il puisse hésiter, et s'il arrive à poser son diagnostic chez les enfants en particulier, l'immobilité est difficile à obtenir. Il faut

une surveillance de tous les instants pour qu'ils conservent la vessie de glace sur le ventre. Il suffit de passer la nuit dans les services d'hôpitaux les mieux surveillés, pour voir la position des vessies de glace sur les ventres des malades, on les retrouve partout sauf à l'endroit à refroidir.

La diète elle-même est un leurre; combien de fois n'avons-nous pas surpris des enfants dévissant leur vessie de glace pour en absorber le contenu, ou se gavant la nuit, de fruits et de sucreries glissés les jours de visite sous leur traversin par leurs parents. Il faut entendre les récriminations de ces derniers contre la diète imposée, et leur insistance auprès des infirmières pour leur laisser apporter « un peu de fortifiant » à leurs enfants.

Comment supposer alors que les prescriptions du médecin seront observées en ville lorsqu'il aura le dos tourné. Le diagnostic, le voila, encore hésitant sur la conduite à tenir. S'agit-il d'une première, d'une seconde crise? peut-il se fixer aux indications fournies par les parents, qui ont souvent pris les crises antérieures pour des simples coliques.

Appelé le 2^e jour, quelquefois tardivement il est encore la victime de cette formule : « dans les 36 premières heures on peut opérer, après... »

Il se remémore alors tout ce qu'il a lu dans les livres, toutes ces discussions et puisque les grands maîtres ont pu hésiter, pourquoi n'hésiterait-il pas à son tour.

Souvent même il est impossible d'avoir une précision sur le début de la crise tant il est insidieux, d'autres fois comme dans nos observations 4 et 17, le début ne s'est manifesté que par peu de signes, puis le 8^e et le 15^e jours éclatent des symptômes alarmants. S'agit-il dans ces cas d'une seconde crise, d'une complication?

Ce que l'on peut dire c'est que ces malades étaient en état de crise. Lorsqu'est survenu *l'accident*, c'est lui qui désormais va compter.

Non, plus de ces indécisions, de ces tâtonnements.

Un appendicite aiguë en évolution se caractérise par des signes nets et peu nombreux, et puisqu'il est admis que lorsqu'une appendicite évolue on ne sait jamais quel sera le terme de son évolution, il faut l'empêcher d'évoluer, il faut opérer. Les symptômes sont les suivants :

La douleur spontanée et provoquée dans la fosse iliaque droite.

Nous insistons beaucoup sur le caractère de spontanéité de la douleur toujours dans la même région. Cette douleur peut être plus ou moins vive, plus ou moins lancinante. Enfin nous disons dans la fosse iliaque droite non pas en un point précis, mais dans une région qui occupe le milieu de cette fosse iliaque droite.

La contracture des muscles de la paroi abdominale, localisée à la fosse iliaque droite, quelquefois généralisée.

Ces signes ne sont pas difficiles à déceler.

Demandez à l'enfant ou il souffre et avec son doigt il vous montrera lui-même son point de douleur maxima dans la région appendiculaire.

Essayez de palper, l'enfant redoutera cette palpation parce qu'il a de l'*hyperesthésie* cutanée de la région, parce que la moindre pression, le plus petit frôlement augmenteront ses douleurs.

Aussi est-il indiqué de commencer à palper avec beaucoup de douceur la fosse iliaque gauche pour mettre le malade en confiance et écarter les causes d'erreurs, liées à une simple contracture réflexe de la paroi à la pression un peu brutale. La main qui palpe remontera ensuite tout doucement vers l'hypochondre gauche, explorera ensuite la région épigastrique, l'hypochondre droit. Mais au fur et à mesure que l'on approche de la fosse iliaque droite on sent les plans musculaires de la paroi perdre de leur souplesse pour donner parfois la sensation du ventre de bois.

Cette contracture de défense est un signe capital, d'une valeur indiscutable. Souvent même il n'est pas nécessaire de palper pour en soupçonner la présence. Demandez simplement à l'enfant de respirer très fort et vous constatez alors que chez eux la respiration à type abdominal si intense a disparu ou tout au moins a considérablement diminué.

Ces signes, nous les avons toujours observés dans les cas où nous avons eu à intervenir ; ils posent l'indication d'urgence, et l'opération nous a toujours montré quelle valeur on pouvait leur attribuer.

S'agit-il d'une appendicite dans les 36 premières heures, douleurs et contracture existent, ils manifestent l'entrée en scène du processus. On doit opérer puisqu'il est admis que l'on doit opérer dans les premières heures. Persistent-ils ce laps de temps écoulé, ils indiquent que la crise n'a pas tourné court,

mais continue à évoluer. Il faut encore opérer. Après 5 ou 6 jours de rémission, douleurs et contracture qui avaient d'abord cédé réapparaissent-ils pour s'atténuer, et réapparaître encore, ils traduisent l'aggravation progressive du processus qui peut aboutir à la toxémie ou à la péritonite. M. le professeur Delbet fait de ces crises successives un symptôme certain de perforation. Sans affirmer que de semblables retours offensifs de la douleur trahissent toujours le même état anatomique, on peut en inférer que le processus inflammatoire (ulcération des tuniques appendiculaires, élargissement de l'abcès, rupture d'adhérences protectrices) est en voie de progression et en tirer des indications opératoires urgentes.

S'agit-il enfin de péritonites en train de diffuser, de formes graves ; les mêmes signes existent encore, mais ils s'accroissent et s'aggravent, la douleur devient atroce, intolérable, la contracture s'étend et se généralise.

L'opération devient plus urgente que jamais.

Plus de vaines recherches pour préciser l'heure exacte du début de la crise, pour savoir s'il s'agit d'une première ou seconde manifestation de la maladie, plus d'hésitation pour affirmer un diagnostic d'appendicite et ordonner un traitement.

Ces signes existent-ils ? C'est une crise d'appendicite en évolution, il faut l'enrayer, il faut opérer.

Cette formule unique, et uniquement appliquée dans tous les cas, aussi intransigeante qu'elle puisse paraître donnera des résultats autrement supérieurs à ceux fournis par les formules d'attente.

*
* *

Le point lombaire. — Douleur spontanée et provoquée, contracture des muscles de la paroi de la fosse iliaque droite sont des signes capitaux. Cependant certains auteurs affirment ne les avoir pas toujours rencontrés.

Chez quelques-uns de nos malades, alors que l'intensité de la contracture et de la douleur étaient moins marquée que de coutume dans la fosse iliaque droite, nous avons pu constater que le *siège de ces signes était reporté plus en arrière, au-dessus de la crête iliaque, dans la région lombaire inférieure.*

L'opération nous a montré dans ces cas qu'il s'agissait d'ap-

pendices retro-cæcaux. Ce point douloureux de la région lombaire inférieure droite, associé à une contracture des muscles de la paroi postérieure de cette région, ne semble avoir été mentionné qu'incidemment dans la plupart des traités. Des travaux nombreux ont été faits pour démontrer la fréquence des appendices rétro-cæcaux, mais, à notre connaissance on n'a pas insisté sur le point lombaire inférieur qui est l'expression clinique de cette variété anatomique, si souvent rencontrée.

Pour les anatomistes en effet la position rétro-cæcale se rencontre dans 13 à 16 p. 100 des cas tandis que les chirurgiens la signalent chez 30 à 40 p. 100 de leurs opérés. Des travaux publiés en France, Nicod dans sa thèse en 1912, Boncille (thèse de Lille 1913), Bergasse, Tuffier et Jeanne, Vallée, Lafforgue, on peut tirer cette double conclusion :

L'appendice est fréquemment situé derrière le cæcum et le colon ascendant. Cette disposition est sinon spéciale à l'enfant du moins réalisée chez lui plus souvent que chez l'adulte.

Il est difficile d'en donner une explication rationnelle. Pour Marion l'appendice enflammé a tendance à se placer derrière le cæcum : En effet, écrit-il, « si l'on prend un cæcum à appendice flottant et qu'on l'insuffle on voit l'appendice se gonfler également et tirer sur son méso.

Le cæcum se distendant de plus en plus s'abaisse et vient se placer au-devant de l'appendice qui attiré lui-même par le cordon vasculaire tend à se placer pointe en haut ». Or d'après Marion la dilatation cæcale se produirait au début de la crise et l'appendice se trouverait en arrière, puis y resterait fixé par les adhérences inflammatoires.

La fréquence des appendices rétro-cæcaux, nous impose donc la recherche systématique du point douloureux lombaire, toutes les fois que nous soupçonnons une crise d'appendicite, surtout lorsque les signes sont frustes dans la fosse iliaque droite. Nous avons rencontré ce point douloureux lombaire chez 30 p. 100 des malades soumis à notre observation. (Voir observations n^{os} 6, 7, 10, 29, 32, 37, 42). De ce point douloureux de la région lombaire inférieure droite, nous dirons simplement qu'il siègeait immédiatement au-dessus de la crête iliaque droite dans sa portion externe, avec un maximum d'intensité au niveau de l'angle externe du triangle de J. L. Petit.

Nous avons aussi constaté quelquefois dans cette région de l'hypéresthésie cutanée et de la contracture musculaire des

muscles de la paroi postérieure, contracture des plus manifestes. La palpation de la région correspondante du côté gauche qui reste souple permet de mieux constater encore le phénomène.

Toutes les fois que nous avons rencontré ces symptômes, nous avons porté le diagnostic d'appendice rétro-cæcal, diagnostic que l'intervention est venue confirmer.

La connaissance de cette particularité topographique de la douleur et de la contracture musculaire est du plus haut intérêt. Au point de vue du diagnostic elle permet non seulement de déceler des appendicites qui peuvent passer inaperçues par le seul examen de la fosse iliaque droite, mais encore en indiquant au chirurgien avant l'intervention le siège de l'appendice, elle lui permet de choisir, pour aborder ce dernier, l'incision appropriée.

Après la douleur et la contracture abdominale les symptômes les plus importants, et les plus fréquemment rencontrés dans nos observations sont : *Les vomissements et la fièvre*. Nous n'avons jamais eu pour notre part l'occasion de rencontrer même dans les formes très graves une dissociation considérable entre le pouls et la température. Dans notre série de cas nous devons noter que lorsque le pouls avait une fréquence exagérée, la température a toujours dépassé 38°5.

Nous ne contestons pas la valeur des nombreux signes décrits pour poser un diagnostic d'intervention : Le cri d'alarme de M. Jacob, le signe du diaphragme de M. Delbet. Ils, n'ont de valeur que lorsqu'ils existent, leur absence ne permet pas de présumer la bénignité de la crise. Il en est de même des modifications de la leucocytose sanguine. En particulier nous n'avons jamais vu dans les cas d'urgence le chirurgien demander l'examen du sang pour décider de l'intervention.

Théoriquement ces modifications sanguines ont peut-être une grande valeur, pratiquement on ne les met jamais à contribution.

Le météorisme abdominal est signalé partout comme un des symptômes capitaux de l'appendicite aiguë. Nous devons avouer que nous l'avons très rarement observé au début des appendicites aiguës en évolution.

Dans les premières heures de la crise, le ventre n'est pas ballonné, mais contracturé, plat. C'est quelquefois même le ventre « en bateau ». Le ventre reste encore plat au début d'une perforation, et d'une péritonite qui commence à diffuser. Nous ne

l'avons trouvé vraiment météorisé qu'à un stade avancé des péritonites.

La constatation de la contracture abdominale nous a toujours permis, avant l'opération, de présumer d'une évolution favorable, alors même qu'il s'agissait de gangrène, de perforation, et quelle que soit la date du début de la crise.

Nous portions un pronostic plus réservé lorsque nous avions affaire à un ventre ballonné.

Contrairement à l'avis de la plupart des auteurs, il nous a semblé que le diagnostic d'appendicite chez l'enfant est beaucoup plus facile à poser que chez l'adulte. Chez lui le diagnostic s'impose toutes les fois qu'il souffre dans la fosse iliaque droite, on doit commencer par poser ce diagnostic avant tout autre, au lieu de ne l'envisager qu'en dernier ressort.

La rareté, chez les enfants, des coliques néphrétiques, hépatiques, des coliques de plomb, l'absence de perforations d'origine stomacale ou duodénale liées à l'ulcus ou au cancer et qui très souvent se caractérisent par une douleur dans la portion droite de l'abdomen, simplifie singulièrement le diagnostic.

Chez la fillette enfin, la possibilité d'éliminer toutes les affections utéro-annexielles qui forment pratiquement les seuls cas vraiment difficiles à diagnostiquer chez l'adulte ne laisse que peu d'affections à envisager.

Le point douloureux abdominal de la pneumonie et de la pleurésie signalé pour la première fois par Grisolle, ne peut en imposer pour un point douloureux appendiculaire, car il n'y a ni douleur à la pression, ni contracture musculaire.

Que reste-il alors? La simple douleur intestinale ou colique, l'indigestion : le ventre reste souple.

Les péritonites à pneumocoques.

L'invagination intestinale; elle s'accompagne de selles sangui-nolantes, et de dilatation des anses grêles dessinées en tuyaux d'orgue sous la paroi abdominale. La perforation typhique, mais il est exceptionnel que la perforation marque le début clinique de la maladie, et le diagnostic de fièvre typhoïde dans la grande majorité des cas est fait avant la perforation.

Mais même dans ces trois derniers cas le malade n'aura qu'à bénéficier de l'erreur puisqu'elle aura conduit malgré tout à une intervention nécessaire.

L'erreur, quand erreur il y a, est du reste le plus souvent profitable au malade, nous n'en voulons pour preuve que deux cas

récents qui nous ont été communiqués par M. le Professeur Hartmann.

Dans un cas il s'agissait d'un enfant présentant de la douleur iliaque, de la défense musculaire localisée. Un chirurgien appelé, partisan de l'expectative prescrivit la diète, la glace, etc. Trois jours plus tard éclataient des accidents péritonéaux graves. M. Hartmann appelé, propose l'intervention d'urgence et constate au cours de cette dernière, une péritonite par perforation d'un boudin d'invagination. — L'erreur, puis l'abstention, avaient conduit l'enfant à la mort.

Dans un deuxième cas M. Hartmann croit à l'appendicite. L'opération est décidée, il trouve une bride étranglant l'appendice, le malade guérit. Si l'on s'était abstenu on aurait certainement eu de même une péritonite par perforation suivie de mort.

*
* *

Envisagée sous cette forme on peut dire que le pronostic de l'appendicite est lié à la précocité de l'intervention.

Pour le médecin plus d'angoisse pour savoir si la crise va tourner court ou s'il vaut mieux faire opérer.

On peut affirmer que l'opération pratiquée dans les 36 premières heures donne une mortalité à peu près nulle.

26 de nos malades ont été opérés dans les 48 premières heures, *pas un* n'a succombé.

52 ont été opérés dans le service du Professeur Hartmann dans les 24 premières heures, un seul décès. Il s'agissait encore d'une seconde crise.

Plus la crise est ancienne, plus elle charge son pronostic opératoire de toutes les complications redoutables de l'appendicite et qu'on aurait dû éviter par une intervention plus précoce.

Les avantages de l'opération systématique d'urgence dans les appendicites aiguës.

Les résultats que nous avons obtenus en opérant très précocement les appendicites aiguës, en nous basant uniquement sur les quelques signes plus haut énoncés, sans tenir compte du début de la crise, sans tenter un refroidissement, ne nous ont donné que des satisfactions.

Nous avons déjà dit ce que nous pensions du traitement médical, des difficultés que l'on éprouve à maintenir la glace sur le ventre des enfants; si la diète peut être obtenue chez eux, ils la supportent très mal, et lorsqu'ils y sont soumis pendant quelques semaines, ils tombent très rapidement dans l'inanition et arrivent à un état de déchéance organique considérable qui souvent les rend incapables de supporter une opération même bénigne ou qui, tout au moins, les met dans des conditions déplorables. Nous réservons les indications du traitement médical pour deux ordres de faits :

1^o Lorsque les malades, ou leurs parents s'il s'agit d'enfants, refusent l'intervention;

2^o Lorsque les circonstances matérielles ne permettent pas l'intervention immédiate dans de bonnes conditions.)

Dans toutes les autres circonstances il faut opérer.

On serait mal venu d'opposer à l'intervention précoce l'appendicectomie à froid. Si celle-ci est une opération aisée et si sa mortalité est voisine de zéro, il s'en faut que ce chiffre représente la mortalité générale de l'appendicite, et l'appendicectomie à froid devrait prendre à sa charge tous les cas qui ont été victimes de tentatives de refroidissement.

Enfin n'y a-t-il que l'opération à chaud dont on puisse dire que le malade ne serait pas mort si on ne l'avait pas faite.

L'opération à froid n'a-t-elle jamais tué personne?

De plus, si un chirurgien peut sans déshonneur perdre une appendicite à chaud, une mort pour une appendicite à froid le charge lourdement. Dans l'appendicite à chaud le danger est là,

dans l'appendicite à froid, le danger est passé. Tout ce qu'on pourrait être en droit d'exiger d'une opération précoce, c'est qu'elle n'entraîne pas une mortalité supérieure à celle de la temporisation. Ces espérances ont été dépassées.

Les avantages de la méthode sont considérables, suppression de toutes les complications liées à l'évolution de l'appendicite aiguë. Ces complications, nous les savons innombrables et très graves. Plus de ces malades qui refroidissent pendant des semaines et qui seraient depuis longtemps guéris, plus de suppurations interminables avec fistules stercorales, éventration nécessitant des opérations secondaires et graves. Plus de ces opérations à froid ou soi-disant telles où, malgré une attente de plusieurs mois, on trouve un appendice tellement fusionné avec les organes voisins qu'on se trouve pris entre deux alternatives, refermer la paroi sans rien enlever, ou faire une extirpation laborieuse des plus dangereuses en risquant sans cesse de provoquer une hémorragie ou une perforation, et nécessitant souvent un drainage.

Si l'opération à froid était toujours bénigne, la temporisation à outrance conserverait un argument puissant. Mais il est loin d'en être *ainsi dans les crises qui valent vraiment la peine d'être opérées.*

Le succès des appendicites à froid vient de ce qu'on a opéré très souvent des appendicites qui n'en étaient pas.

Danger pour danger, ne vaut-il pas mieux faire courir le risque au malade au moment où son existence est le plus sérieusement menacée. Le danger passé, on peut avoir un scrupule à proposer une opération d'autant plus difficile que la crise aura été plus grave.

Quelle que soit la forme clinique de la crise d'appendicite aiguë que nous avons eu à opérer : toujours une seule méthode.

Entrer le plus vite possible dans le ventre, en sortir plus vite encore. Nos interventions, même les plus difficiles, n'ont pas duré plus de 15 minutes. Intervention précoce, petite et unique incision, le minimum d'anesthésie tant en durée qu'en quantité, le strict minimum de manipulations des intestins et du péritoine. La suppression de l'appendice, sauf dans le cas très rare où il est très difficile à trouver, la suppression permanente de la tension du pus quand elle existe par un petit drainage, et non l'évacuation large du pus.

Dans tous les cas opérés par nous, voici la technique que

nous avons suivie. Je passe sous silence la préparation du malade et l'instrumentation employée qui sont les mêmes que pour une appendicectomie à froid.

L'incision que nous pratiquons toujours est très externe, immédiatement en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Longue de 3 à 4 centimètres, son extrémité supérieure ne dépasse jamais la ligne unissant l'épine iliaque à l'ombilic. La direction générale de cette incision est parallèle à l'arcade crurale.

Cette incision a l'avantage de nous faire tomber directement sur la portion inférieure du cæcum, de laisser le grêle loin en dedans, enfin s'il existe un abcès, de l'aborder tout à fait en dehors et de ne pas rompre les adhérences qui en dedans peuvent le séparer du reste de la grande cavité péritonéale. C'est l'incision de choix dans les appendicites rétro-cæcales.

Nous avons toujours pratiqué la dissociation musculaire.

Après l'ouverture du péritoine on maintient la plaie béante à l'aide d'écarteurs de Farabeuf. S'il s'agit d'une appendicite dans les 36 heures on trouve dans la majorité des cas un appendice rouge, turgescant, quelquefois œdémateux, entouré d'un peu de liquide séreux, on le traite comme un appendice refroidi.

Appendicectomie au thermocautère après avoir placé une ligature à sa base et sur son méso. Le moignon est enfoui par un surget en bourse que l'on a déjà amorcé avant de pratiquer l'appendicectomie.

On referme la paroi en 3 plans sans drainer.

Si à l'ouverture du péritoine il s'échappe du séro-pus ou du pus franc avec une compresse montée sur une pince on l'éponge doucement, puis on va à la recherche de l'appendice ; nous l'avons toujours extériorisé et enlevé, alors même qu'il pouvait être adhérent en partie ou en totalité, énorme et gangrené, rétro-cæcal, médian, ou pelvien.

Si sa base s'implante sur un cæcum à parois relativement saines, nous enfouissons le moignon après appendicectomie. Le cæcum est-il au contraire saignant, recouvert de fausses membranes friables, nous n'enfouissons pas, car ces tentatives n'ont d'autres effets dans de pareilles crises, que de provoquer des déchirures et d'augmenter l'hémorragie.

Pas de grand lavage, pas de contre-ouverture médiane ou dans la fosse iliaque gauche. Nous arrosons quelquefois avec 40 à 50 centimètres cubes d'éther, la plaie puis nous plaçons

ensuite un drain en caoutchouc n° 20 ou 25 que nous enfongons jusque dans le Douglas.

Pas de mèche, pas de tampon qui au moment où on les retire, sont excessivement douloureux d'abord et qui risquent en plus d'entraîner avec eux de l'intestin, de provoquer des hémorragies et de favoriser les fistules stercorales.

M. le Professeur Hartmann, a souvent, dans les péritonites appendiculaires refermé complètement le ventre après avoir simplement abstergé le pus épanché sans que jamais, il ait eu à regretter cette pratique. Pour lui « l'indication du drainage résulte non de la présence de pus dans la cavité abdominale, mais de l'existence de particules non résorbables, portions mortifiées de la séreuse, au contact d'un appendice gangrené, fausses membranes adhérentes, présence d'une surface cruantée et saignante ».

Ces conseils nous les avons suivis, mais dans 2 cas de péritonites avec séro-pus simplement où nous avions refermé sans drainer, nous avons vu se former un abcès de la paroi que nous avons dû ouvrir le 5^e jour.

M. Lecène dans une observation a eu un accident plus grave. Il s'agissait d'une appendicite opérée à la 34^e heure avec appendice gangrené. Il referme sans drainer. Trois jours après on est de nouveau obligé de réintervenir pour débrider un phlegmon gangréneux de la paroi abdominale. La malade avait été à la selle et n'avait pas vomi. Elle meurt le lendemain au milieu de phénomènes d'intoxication.

C'est pour cela que nous avons toujours la précaution de placer un petit drain lorsque nous trouvons du pus. Ce drainage nous le faisons aussi court que possible. Il nous est souvent arrivé de la supprimer au bout de 24 à 48 heures. Si au bout de ce temps il s'échappe encore une grande quantité de pus fétide nous le prolongeons encore 5 ou 6 jours. Nous n'avons jamais fait l'aspiration, mais tous les deux jours nous remplaçons notre drain par un autre, de calibre inférieur.

Les méfaits du drainage prolongé sont trop connus pour que nous ayons ici à y insister (possibilité d'infection exogène, d'éventration secondaire, et ulcérations des vaisseaux).

Mais, même dans les cas drainés, nous refermons la paroi aussi complètement que possible en ne laissant qu'une ouverture suffisante pour le passage du drain.

Nous refermons la paroi en un seul plan, aux doubles crins de

Florence. L'ouverture étant petite un seul point suffit. Les crins ont sur les fils de bronze et d'argent des avantages. Ils sont aussi solides, mais beaucoup plus souples. Ils coupent moins les tissus, ils ne sont pas douloureux quand on les enlève.

Dans les cas de péritonites généralisées enfin, nous agissons au point de vue opératoire de la même manière, en laissant à la séreuse péritonéale le soin, grâce aux moyens de défense très réels qu'elle possède, « de se débarrasser elle-même de son contenu toxi-infectieux, pour peu que l'on ait donné issue à la plus grande partie de ce dernier et qu'on l'ait mise à l'abri d'inoculations nouvelles par la suppression de la cause » (Hartmann).

Après l'intervention nous nous sommes bien trouvé de continuer à placer une ou deux vessies de glace sur l'abdomen pendant 3 ou 4 jours. On combattra le collapsus et l'intoxication qui sont une conséquence fréquente de la péritonite, et on tâchera enfin de remédier à la paralysie intestinale qui très souvent l'accompagne, de la manière suivante : Une piqure d'huile camphrée toutes les 3 ou 4 heures, 2 injections par jour de sérum physiologique adrénaliné en quantité variable suivant les âges tant que le pouls est défaillant.

Enfin on fait absorber goutte à goutte par le rectum suivant les indications de Murphy, au moyen d'une petite sonde de Nélaton une quantité de sérum qui varie entre 500 grammes et plusieurs litres, cette entéroclyse augmente la diurèse, calme la soif, relève le pouls et améliore considérablement l'état général. Il est souvent difficile d'obtenir chez les enfants qu'ils conservent dans leur lit la position demi-assise de Fowler. On se contente alors d'obtenir un plan déclive en soulevant la tête du lit.

Un petit lavement le 4^e jour, une purgation très douce le 5 ou 6^e jour complètent la thérapeutique opératoire. Les résultats que nous avons obtenus personnellement sont les suivants :

26 appendicites ont été opérées dans les 48 premières heures et n'ont donné lieu à aucun décès.

17 appendicites opérées le 3^e et 4^e jours, 2 décès. Un vomito-négro, et une albuminurie intense. Tous les autres cas même très graves ont guéri.

Dans les 13 appendicites opérées le 5^e jour, il existait 10 péritonites généralisées, 5 d'entre elles ont succombé. La lecture de leurs observations montrera qu'il s'agissait de péritonite à la phase ultime de leur évolution.

Tous nos cas opérés dans les 48 heures sont partis guéris du

12. au 15. jours. Sans fistule, sans éventration. Dans les cas opérés plus tardivement nous avons eu 5 fistules, trois se sont fermées spontanément; deux ont nécessité une intervention secondaire.

Nous n'avons eu à réopérer que deux de nos malades pour éventration. La petitesse de l'incision, la dissociation musculaire, le drainage de courte durée en sont la principale cause.

Pronostic post-opératoire. — « En présence d'une appendicite qui évolue, écrit M. le Professeur Hartmann, le plus savant d'entre nous est encore incapable de savoir ce qui va se passer ».

Après l'opération, sommes-nous toujours dans la même incertitude? Nous ne voulons pas retracer ici tous les symptômes qui permettent au chirurgien dans les 48 heures qui suivent l'opération de formuler un pronostic. Parmi ces symptômes il en est un d'un pronostic très favorable. Nous ne l'avons jamais vu en défaut, même dans les cas les plus graves, alors que tous les autres signes nous faisaient prévoir une issue fatale :

Avant l'opération nous savons quelle importance on attache à la dissociation du pouls et de la température; après, l'étude comparative des deux courbes du pouls et de la température a un intérêt aussi grand. Sur les feuilles à chaque degré de température correspond un nombre de pulsations; pour 37° nous avons 70 pulsations, pour 38° 90; pour 39°, 120; pour 40°, 140. Plus une forme est grave et plus la dissociation est grande. Le maximum serait pour une température à 37° un nombre de pulsations égal à 140. *Chaque fois qu'après l'intervention nous avons vu la courbe du pouls, jusqu'alors au-dessus de la courbe de température, descendre pour se rapprocher de celle-ci et se placer ensuite au-dessous pour faire les ciseaux en quelque sorte le malade a guéri.*

Voir les observations n^{os} 2, 5, 7, 12, 29, 32, 37, 40, 56.

Le phénomène inverse a tendance à se produire dans les péritonites progressives post-opératoires. (Voir observation n° 28).

L'observation n° 56 est à ce sujet des plus édifiante. Il s'agit d'une péritonite généralisée d'origine appendiculaire au 8^e jour, et qui a été traitée par les purgations et les cataplasmes. La température est à 41°, le pouls à 150. Après l'intervention pas de modification de température, le pouls est à 130. Le surlendemain température toujours aussi élevée, l'enfant a du délire, elle ne reconnaît plus ses parents. Ceux-ci crovant leur enfant

perdue veulent l'enlever de l'hôpital. Mais le pouls est passé au-dessous de la courbe thermique, il est à 110. Nous insistons pour garder l'enfant. Une amélioration s'accroît ; l'enfant est sauvé.

Ce signe d'une valeur pronostique indubitable est sans doute connu de beaucoup de médecins, nous ne l'avons pourtant pas vu signaler dans les différents articles que nous avons parcourus. L'importance que nous lui avons toujours concédée ne nous a jamais déçu, nous avons cru utile de lui accorder quelque importance dans notre thèse.

CONCLUSIONS

1° Toute appendicite aiguë en évolution peut donner lieu à de redoutables complications.

2° Chez l'enfant en particulier la gangrène appendite est très fréquente ainsi que la péritonite diffuse d'emblée.

3° Pour prévoir ces complications nous ne pouvons compter sur aucun symptôme pathognomonique.

4° Un médecin qui diffère une intervention, et attend que ces complications surviennent, charge lourdement sa responsabilité.

5° Toute appendicite en évolution opérée précocement doit guérir.

6° Plus on opère près du début de la crise, plus les résultats sont satisfaisants.

7° La douleur spontanée et provoquée dans le fosse iliaque droite et la contracture des muscles de la paroi sont les signes capitaux de l'appendicite en évolution; ils suffisent à imposer l'intervention.

8° Dans le cas où ces signes sont peu marqués dans la fosse iliaque droite, on les retrouve dans la région lombaire inférieure droite; ces signes lombaires correspondent à une position rétro-cæcale de l'appendice; leur recherche en précisant la situation de l'appendice, fixe le siège de l'incision.

9° En présence des signes douleur et contracture, on ne doit pas s'inquiéter de l'heure exacte du début de la crise, et on peut abandonner la formule *« dans les 24 ou 48 premières heures, on peut opérer; ensuite il vaut mieux attendre »*.

10° Ce n'est pas parce que une appendicite est opérée après 48 heures que l'intervention est grave; c'est parce que l'appendicite est grave, que l'on est amené à opérer après 48 heures.

11° Dans le doute ne s'abstenir jamais.

12° Les enfants supportent très bien les interventions abdominales pourvu qu'elles soient rapides et bien menées.

13° Mieux vaut en matière d'appendicite aiguë *une formule unique et toujours applicable, l'intervention systématique précoce*, que de laisser au praticien le choix des différentes méthodes contradictoires proposées par les classiques.

14° Les difficultés d'obtenir, surtout chez l'enfant, l'immobilité nécessaire à l'application stricte et prolongée de glace sur le ventre, les dangers de la diète absolue et de l'état de dénutrition qu'elle entraîne, doivent réduire les indications du refroidissement à deux cas : 1° Refus d'intervention chirurgicale; 2° Impossibilité matérielle de pratiquer immédiatement l'intervention.

15° Non seulement l'intervention précoce systématique évite au praticien les hésitations et la perte de temps, prévient les complications, mais encore elle met le chirurgien en face d'une opération facile, dont les résultats sont excellents; plus de ces appendicites soi-disant refroidies qui nécessitent souvent des opérations compliquées et laborieuses.

16° L'opération sera rapidement menée; minimum d'anesthésie tant en durée qu'en quantité; entrer le plus rapidement possible dans le ventre, en sortir plus vite encore, par une incision unique, petite, siégeant immédiatement en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Supprimer l'appendice toutes les fois que la chose est possible. Fermer sans drainage s'il n'y a pas de pus. S'il y a du pus un seul drain plongeant jusque dans le Douglas; ce drainage sera aussi court que possible. Suture en un seul plan au double crin de Florence, en ne laissant que l'orifice nécessaire au passage du drain.

17° Dans les cas graves laisser au péritoine lui-même qui possède des moyens de défense, le soin de se débarrasser de son contenu toxi-infectieux; plus de lavages brutaux; plus d'incisions multiples médiane ou gauche.

18° Favoriser la défense de l'organisme par des injections d'huile camphrée, de sérum physiologique adrénaliné. La méthode de Murphy, et celle de Fowler rendent de très réels services dans le traitement post-opératoire.

19^o Pour le pronostic post-opératoire, en plus des signes classiques, on devra tenir un très grand compte, comme élément favorable, de la diminution de fréquence du pouls. Chez les malades qui doivent guérir on voit après l'opération la courbe du pouls, qui avant, se trouvait au-dessus de celle de la température, la croiser et rester définitivement au-dessous d'elle.

Vu : le Président,

HARTMANN

Vu : le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Aumont. — *De l'appendicite cholériforme et de la diarrhée dans l'appendicite*. Thèse de Paris, 1905-1906.
- H. Barnsby. — *Appendicite et annexite, coexistence des deux affections; pathogénie, symptômes, traitement*. Thèse de Paris, 1898, n° 317.
- Baumgartner. — Le traitement de l'appendicite aiguë d'après quelques travaux récents. *Presse médicale*, 4 Déc. 1907.
- L. Bérard. — Les péritonites généralisées d'origine appendiculaire. *Bulletin Méd.*, 1904, n° 61.
- L. Bérard et P. Vignard. — *L'appendicite. Etude clinique et critique*. Masson. Editeur, 1914.
- Bergasse. — Appendicite rétro-cœcale. *Bull. de la Soc. Med. chir. de la Drôme et de l'Ardèche*. Mars 1908.
- Boneille. — *Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des abcès peri-appendiculaires retro-cœcaux*. Thèse de Lille, 1913.
- Boucheseiche. — *Contribution à l'étude des modifications urinaires dans l'appendicite*. Thèse de Paris, 1904-1905.
- Boulanger. — *Appendicite chez l'enfant*. Thèse de Lille, 1913.
- Broca. — Troubles reflexes du poul^s dans l'appendicite, ralentissement, arythmie, accélération. *Presse médicale*, 1^{er} janvier 1908.
- Broca (A). — *Soc. de chirurgie*, 1896, p. 774; 1906, p. 762. *Congrès franc de chirurgie*, 1911, p. 186.
- A. Broca. — Article APPENDICITE. In *Traité de chirurgie infantile*. Edition 1914, p. 991.
- Broca. — Les abcès pelviens de l'appendicite. *Bulletin Med.*, 1901, n° 51, p. 589.

- Brun. — A propos de l'appendicite. *Presse Méd.*, 6 août 1896 et 2 janvier 1897.
- Brun et Veau. — Article APPENDICITE, in *Tr. des Mal. de l'Enf.*, 2^e Edit. Paris 1905.
- Cabanne. — *Les modifications anormales du poulx dans les états péritonéaux*. Thèse Lyon 1911.
- Cavaillon et Chabemon. — Les suppurations retro-péritonéales d'origine appendiculaire. *Province médicale*, 16 mars 1907.
- M. Cheinisse. — La valeur pronostic et diagnostic de la fièvre dans l'appendicite. *Semaine médicale*, 3 février 1904.
- J. Comby. — Traitement des péritonites aiguës diffuses, *Arch. de Méd. des enfants*. Oct. 1917, n° 10, p. 539.
- Pierre Delbet. — Symptômes des perforations appendiculaires. *Presse Méd.*, 3 juin 1908, p. 354.
- Dieulafoy. — *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1901-1902, t. IV et *Semaine Méd.*, 20 octobre 1903, p. 341.
- Dieulafoy. — *Manuel de pathologie interne*. Vol. III, p. 302.
- Fowler. — Sur le traitement de la péritonite généralisée d'origine appendiculaire pendant les vingt-quatre premières heures. *Surgery, gyn. and. obst.* Tome IX, n° 5, Nov. 1909, pages 586-587.
- Galliard. — Appendicite, in *Nouveau Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*, t. XVII, p. 56.
- Garau. — Le point de Mac Burney et le point de Lanz. *Lyon chir.*, 1^{er} mai 1910.
- Mlle Gordon. — *Appendicite chez l'enfant*. Thèse de Paris. 1896-1897.
- G. Griffin (Albany). — La position de Fowler dans le traitement de la péritonite. *New-York, Médical Journal*. Tome XC, n° 19, 1^{er} Nov. 1909, p. 902-905.
- Quido Lerda. — L'appendice ileo-cœcale ectopique. *Presse Médicale*, 13 janvier 1912.
- Guinard. — Article APPENDICITE. *Nouveau Traité de chirurgie. Le Dentu et Delbet*, 2^e édition, fasc. XXIV p. 37.
- Hartmann. — Traitement des péritonites aiguës. *Congrès français de chirurgie*, Paris 1911.
- Hartmann et Mignot. — Un cas d'appendicite à rechute,

- étudié au point de vue pathogénique. *Presse Méd.* 1897.
- Huchard. — La douleur appendiculaire à siège épigastrique. *Académie de Méd.*, 8 juillet 1906.
- Jalaguier. — L'appendicite. *Traité de chir.*, Duplay et Reclus, 2^e édition, t. VI, § 671.
- Kahn. — *Journal of the American Med. assoc.* 15 Décembre 1906.
- Kirmisson. — Importance de l'hyperesthésie cutanée comme signe de la gangrène et de la perforation appendiculaire. *Bulletin Méd.* 18 mai 1912.
- Kirmisson. — Variétés de siège de l'appendice. Appendicite limitée aux replis du mésentère. *Bulletin Méd.* 1904, n° 59, p. 689.
- Lancet. — *La température et le pouls dans quelques appendicites aiguës.* Thèse de Paris, 1906.
- Lafforque. — Recherches anatomiques sur l'appendice vermiculaire du cœcum. *Arch. Internationales d'Anal. et de Physiol.*, 1893.
- Lanz. — Der Mac. Burnays. che Punkt. *Zentralbt. für. chirurgie*, 1908, p. 190.
- Lecène. — Remarques sur le traitement des péritonites aiguës. *Journal de chirurgie*, 15 Oct. 1911, n° 4, p. 369.
- Legueu. — Développement et situation du cœcum chez l'enfant. *Bulletins et Mémoires de la Société d'Ant.*, 1891.
- Lejars. — Les points douloureux appendiculaires. *Semaine Méd.*, 11 mars 1908, p. 123.
- Lejars. — Typhlite et peri-typhlite. *Semaine Méd.* 9 mai 1906.
- Lejars. — Appendicite et fièvre typhoïde. *Semaine Méd.*, 31 Oct. 1906.
- Lœper et Esmonnet. — Point douloureux de l'artère iliaque droite et faux point douloureux appendiculaire. *Bulletin Méd.*, 28 mai 1910.
- Lucas-Championnière. — Le seul traitement rationnel de l'appendicite confirmée est le traitement chirurgical. *Communication à l'Acad. de Médecine*, 19 février 1901.
- G. Lyon. — Le traitement médical de l'appendicite aiguë. *Clinique thérapeutique*, 8^e édition, 1911.
- Ch. Martin, Du Pan et René Martin. — Traitement de la

- péritonite diffuse par la méthode Fowler-Murphy. *Revue Med. de la Suisse romande*, janvier-février 1917.
- Meriel.** — Appendicite rétro cæcale. *Toulouse Méd.*, 15 mai et 1^{er} juin 1912.
- Ch. Metzger.** — Le syndrome de la colique appendiculaire larvée. *Bulletin Méd.* 1903, p. 571.
- Morris.** — *Journal of the American Med. Assoc.* 25 janvier 1908 et *American Journal of obstetric.* Nov. 1909.
- Ombredanne.** — Appendicite, indications opératoires. *Technique chirurgicale infantile*, 1912, p. 160-172 et 176.
- Perrin.** — De l'appendicite dans le tout jeune âge. *Journal de médecine*, Paris 1912.
- Quintard.** — *Diarrhée au début de l'appendicite.* Thèse de Paris, 1906-1907.
- A. Robin.** — Le traitement médical de l'appendicite. *Bulletin Méd.*, 1907, n° 9.
- L. Roches.** — De l'appendicite pelvienne et iléo-pelvienne chez l'enfant. *Arch. gén. de Méd.*, 27 février et 6 mars 1906.
- Roux.** — Quelques schémas d'appendicites observées à froid. *Revue Med. de la Suisse Romande*, 1902, p. 839.
- James Sherren.** — On the occurrence and significance of cutaneous hyperalgesia in appendicitis. *Lancet*, 1903 p. 810.
— *Société de chirurgie*, disc. 1907, p. 191; 1910, p. 774-870 et 876.
- Talamon.** — Appendicite et péritonisme hystérique *Bulletins et Mémoires de la Soc. med. des Hôpitaux de Paris*, 16 mars 1897.
- Témoin.** — Traitement de péritonites aiguës. *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1911.
- Tuffier.** — L'hémato-diagnostic de l'appendicite. *Semaine Méd.*, 26 juin 1901.
- Tuffier et Jeanne.** — Etude anatomique sur l'appendicite et la région iléo-cæcale. *Revue de gynécologie*, 1899.
- Vallée.** — *Situation de l'appendice chez l'enfant.* Thèse de Paris, 1900-1901.
- Veau.** — Le sang dans l'appendicite. *Arch. de Méd. des Enfants*, 1904 p. 235-237.
- Vignard.** — Les suppurations rétro-cæcales et rétro-coliques

intra-péritonéales d'origine appendiculaire. *Province Méd.*
30 mars et 6 avril 1907.

Vignard — *De l'appendicectomie : nécessité de l'appendicectomie précoce*. Thèse de Lyon, 1899.

D. Vignard et Arnaud. — La leucocytose dans l'appendicite.
Lyon chirurgical, mai 1910.

Walther. — A propos d'un appendice gangrené chez un
malade qui ne présentait aucune douleur. *Bulletin Soc. de
chir.*, 1902, p. 562.

Walter. — *Congrès de Budapest*, 1913.

COULOMMIERS

IMP. DESSAINT ET C^{ie}
